

В. Л. ПОПОВ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Санкт- Петербург
2000

ББК 58

Попов В. Л. Теоретические основы судебной медицины.
СПб., 2000. 172 с.

Рецензенты

Зав. кафедрой судебной медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова доктор медицинских наук, профессор Р. В. БАБАХАНИЯ.

Зав. кафедрой судебной медицины Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии кандидат медицинских наук, доцент Г. П. ТИМЧЕНКО.

Раздел «Теоретические основы судебной медицины» еще не стал обязательным в учебниках и руководствах по этой медицинской дисциплине. Вместе с тем очевиден и не требует особых доказательств тот факт, что судебная медицина, как и любая другая научная дисциплина, должна обладать и обладает определенной методологической базой. Раскрытию ее содержания и посвящено это издание.

В книге последовательно рассматриваются основное понятие, содержание, предмет, объекты, система знаний и методов, а также история судебной медицины. Кроме того, представлены избранные теоретические вопросы судебной медицины: из раздела судебно-медицинской травматологии, актуальных проблем методологии диагноза и диагностического процесса, юридической и щазавственной интерпретации врачебных ошибок.

ISBN 5-89094-092-9

© Санкт-Петербургский
юридический институт
Генеральной прокуратуры
Российской Федерации,
2000

ПОНЯТИЕ: «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»

Судебная медицина не относится к числу древних медицинских дисциплин, поэтому еще в XVIII в. наблюдались терминологические трансформации: ее называли то «врачебным правоведением», то «медицинской юриспруденцией», то «судебной семиотикой», то «государственным врачебноведением», то «судебной физикой» и т. п. Почти каноническим считается утверждение, что первым употребил термин «судебная медицина» Й. Бон в 1689 г., а затем в 1690 г., назвав свою книгу «Specimen medicine forensis». Справедливости ради нужно сказать, что П. Закхеа еще в 1621 г. использовал этот термин («medicolegalis») в труде «Qwestiones medicolegalis». Вполне естественно, что и понятие «судебная медицина» толковалось по-разному.

В отечественной литературе приоритет в определении судебной медицины принадлежит С. А. Громову (1832). В первом русском учебнике по судебной медицине он обозначил ее как «науку, которая содержит в себе правила и способы, каким образом посредством физико-врачебных знаний объяснять надлежит сомнительные судебные случаи и способствовать через это правильному их решению»¹. В определении охарактеризованы и сущность, и содержание, и способы, и цели судебной медицины.

По-видимому, основой для данного С. А. Громовым столь прогрессивного для начала XIX в. определения явились не только предшествовавший более чем 25-летний научный и педагогический опыт автора, но и многолетняя практическая деятельность.

Изучение последующей специальной литературы показало, что, хотя определение не оспаривалось, последователей у С. А. Громова, по существу, не было. Естественная необходимость предпослать изложению содержания судебной медицины определение ее понятия не находила отражения во многих учебниках и руководствах (Г. Корнфельд, 1885; Н. А. Оболонский, 1894; Л. Григоров, 1913; М. С. Савельев, 1914; Я. Л. Лейбович, 1922; К. Н. Нижегородцев, 1928; Ю. Кремер, 1931 и др.).

Значение данного С. А. Громовым определения становится тем более очевидно, если учесть, что к этому времени судебная

¹ Громов С. А. Судебная медицина. СПб., 1832.

медицина еще не определила круг своих проблем. В течение более чем 100 последующих лет изложение ее начиналось то с «половых отправлений» (И. Л. Каспер, 1872), то с процессуального регулирования судебно-медицинской экспертизы (А. С. Игнатовский, 1910; П. П. Деполович, 1907), то с исследования отдельных предметов органической природы (Г. Корнфельд, 1885), то с методики исследования живых лиц, трупов (В. Варшавский, 1899), то с повреждений (К. Эммерт, 1902), то со справочных сведений из нормальной анатомии (Н. С. Бокариуе, 1915; Я. Л. Лейбович, 1922), то с вопросов умирания и смерти (М. И. Райский, 1953) и т. д. Вплоть до середины XX в. продолжалось дифференцирование ее знаний и методов. Итог этому эмпирическому накоплению судебно-медицинских знаний подвел М. И. Авдеев, четко сформулировавший в 1948 г. перечень основных проблем судебной медицины.

Сегодня формирование судебной медицины как научной дисциплины в основном завершено. В то же время авторы учебников и руководств по-разному определяют ее сущность.

Изучая и осмысливая имеющиеся определения, убеждаешься, что они включают в себя отношение авторов к сущности судебной медицины, ее предмету, в ряде случаев к ее содержанию, месту в системе медицинских и юридических знаний.

Большинство авторов обозначают судебную медицину как науку. По-видимому, не вполне удачно применять к судебной медицине, являющейся частной медицинской дисциплиной, столь обобщающее понятие, поскольку наука — это сфера человеческой деятельности, функциями которой являются выработка и теоретическая систематизация объективных знаний о действительности. Наукой называют и отдельные отрасли знания: медицину, физику, химию, юриспруденцию и др. Вероятно, поэтому некоторые авторы определяют судебную медицину по-разному: то как медицинскую науку (Д. П. Косоротов, 1911; А. П. Громов, 1970; А. Р. Деньковский, 1986), то как отрасль медицины (М. И. Авдеев, 1953; В. Н. Смольянинов — ред., 1985; А. А. Солохин, 1996), то как раздел медицины (М. И. Райский, 1953).

Применение разных терминов для обозначения одного понятия недопустимо, поскольку лишает научные знания необходимой стройности и преемственности, вносит путаницу. В этой связи термину «наука» можно было бы оставить его обоб-

шающее значение, медицину рассматривать как одну из отраслей науки, а судебную медицину — как одну из медицинских дисциплин (Н. С. Бокариус, 1915; И. Ф. Огарков, 1964; В. И. Молчанов, 1976; Ю. С. Сапожников и А. И. Гамбург, 1980; В. Л. Попов, 1985; В. И. Акопов, 1998). Тогда, раскрывая содержание отдельных сторон судебной медицины, можно использовать такие термины, как «часть», «раздел», «учение» и т. п.

Употребляя по отношению к судебной медицине понятие «наука», «отрасль науки», «отрасль медицины» или «медицинская дисциплина» и т. д., некоторые авторы ограничивают этим характеристику научных судебно-медицинских знаний. К сожалению, нужно констатировать, что они, по-видимому, вкладывают в эти понятия существенно отличающийся смысл. Проиллюстрируем это несколькими примерами: А. И. Шибков (1924) называет судебную медицину «изложением» медицинских фактов, А. А. Солохин (1996) и А. Р. Деньковский (1998) — «изучением и разрешением вопросов», интересующих правоохранительные структуры, а Н. В. Попов — ред. (1938) — собиранием сведений о таких фактах. Не вызывает сомнения, что «собрание», «изучение» и «изложение» фактов может рассматриваться лишь как способ, средство их получения и описания, а не как сами факты, представляющие собой научные сведения о конкретных процессах и явлениях.

К. Эммерт (1902) и Н. С. Бокариус (1915) подчеркивают, что судебная медицина является прикладной медицинской дисциплиной, хотя и не раскрывают ее специальный прикладной характер. Между тем такая необходимость налицо, так как многие другие медицинские дисциплины также имеют прикладной характер.

А. П. Громов (1970), А. Р. Деньковский (1985), В. И. Акопов (1998) считают, что судебная медицина является самостоятельной медицинской наукой. Вряд ли уместно акцентировать внимание на самостоятельности судебной медицины, если иметь в виду, что ее научные знания формировались на протяжении значительного исторического периода на базе многих теоретических, клинических и профилактических медицинских дисциплин. Более важно подчеркнуть взаимную интеграцию медицинских знаний и неразрывность медицины в целом как научной отрасли. В то же время судебная медицина не является простой компиляцией различных медицинских фактов. Разви-

ваясь на базе многих медицинских и немедицинских дисциплин, судебная медицина выработала свойственные только ей знания и методы исследования: судебно-медицинское учение о повреждениях, судебно-медицинское учение о смерти и трупных явлениях, судебно-медицинское учение о личности, методы отождествления свойств травмирующего предмета и реконструкции механизма возникновения повреждения (В. Л. Попов, 1985). Все это дает основание считать судебную медицину не столько самостоятельной, сколько специальной медицинской дисциплиной.

Д. Штрассман (1901), В. М. Смольянинов, К. И. Татиев, В. Ф. Черваков (1965), В. М. Смольянинов - ред. (1978), В. Н. Крюков — ред. (1998) определяют судебную медицину как совокупность знаний. Между тем совокупность отнюдь не предполагает, что составляющие ее знания находятся в какой-то связи и взаимозависимости, в то время как реально существующей науке свойственна именно единая система знаний, а не простая их совокупность. Судебную медицину как систему научных знаний определяют лишь В. И. Молчанов (1976) и В. Л. Попов (1985). В настоящее время предпринимаются попытки дать систему предмета судебной медицины (В. Л. Попов, 1985, 1994, 2000).

Весьма разноречиво толкуется сущность знаний, составляющих содержание судебной медицины (только Е. В. Пеликан (1853) и В. И. Акопов (1998) не указывают их характер): Э.Р.Гофман (1881) и В. Варшавский (1889) считают их врачебными; С. А. Громов (1832) — физико-врачебными; В. Штольц (1885) — врачебными и естественнонаучными; В. Никулин (1889), Д. П. Косоротов (1911), А. С. Игнатовский (1910), А. И. Шибков (1924), В. А. Надеждин (1927), Э. Р. Гофман (1933) — естественнонаучными и медицинскими; К. Эммерт (1902), Н. С. Бокариус (1915), М. И. Райский (1953) - медицинскими; М. И. Авдеев (1959), И. Ф. Огарков (1964), В. И. Молчанов (1976), О. Х. Поркшеян (1974), Ю. С. Сапожников и А. М. Гамбург (1980), А. А. Солохин (1996) — медицинскими и биологическими; А. Р. Деньковский (1985, 1998), В. Н. Крюков и П. П. Ширинский (1983), С. С. Самищенко (1996) — медико-биологическими; В. М. Смольянинов, В. Л. Татиев и В. Ф. Черваков (1963) — медицинскими и общебиологическими, В. М. Смольянинов — ред. (1975) — естественнонауч-

ными, медицинскими, физическими и даже медико-криминалистическими (1982).

Однако если признать судебную медицину специальной медицинской дисциплиной, то следует утверждать, что составляющие ее знания могут носить только судебно-медицинский характер.

Раскрывая в определении сущность знаний судебной медицины, многие авторы совершают подмену понятий, указывая не столько на сущность знаний, сколько на методы их получения.

Любая наука, в том числе медицина, а значит, и судебная медицина как специальная медицинская дисциплина, в своей теоретической и научно-практической деятельности использует самые разнообразные методы. Некоторые из них являются общими для всех наук - всеобщий диалектико-материалистический метод познания и общенаучные методы (наблюдение, измерение и др.), другие заимствуются из той же научной отрасли (в данном случае медицины — метод клинического, морфологического и лабораторного исследования) или других отраслей науки (физики, химии, криминалистики и др.). Именно это последнее обстоятельство и предопределяет упомянутое ошибочное представление, которое приводит к тому, что используемые в интересах судебной медицины методы частных отраслей знания отождествляются с судебно-медицинскими проблемами, решаемыми с помощью этих методов (например, решение ряда задач судебно-медицинского установления давности смерти с помощью физических, химических и биологических методов; задач судебно-медицинского доказательства механизма образования повреждений с помощью методов прикладной механики, теории сопротивления материалов и др.). Отнесение к судебной медицине специальных знаний других наук (физики, химии, криминалистики и т. п.) является и принципиальной процессуальной неточностью, поскольку должно рассматриваться как выход за пределы компетенции судебно-медицинского эксперта. В этой связи еще раз обратим внимание на важную разницу между научными фактами и методами, с помощью которых эти факты устанавливаются. Резюмируя, подчеркнем, что специальный характер судебной медицины определяют и следующие; дополнительные позиции: а) судебная медицина возникла и совершенствуется во имя целей и задач правосудия, б) практическая судебно-медицинская: дея-

тельность находится в строгих рамках текущего законодательства, *в*) юриспруденция и судебная медицина связаны на протяжении всего процесса исторического развития.

По-разному раскрывается в основном понятии содержание судебной медицины. Одни авторы сводят судебную медицину к «правилам и способам применения» медицинских (либо врачебных, естественнонаучных, биологических и т. п.) знаний в целях судопроизводства (С. А. Громов, В. Никулин, В. Штольц, А. И. Шибков, К. Эммерт и др.). Эта трактовка предполагает наличие таких знаний вне судебной медицины, задача которой лишь найти им соответствующий способ применения. Иллюстрацией, например, могут служить мнения А. И. Шибкова, К. Эммерта о том, что судебная медицина — это медицинская наука или медицинские факты в приложении к судопроизводству.

Другие видят содержание судебной медицины в «разработке» медицинских или естественнонаучных знаний применительно к судебной медицине (Э. Р. Гофман, П. П. Деполович, М. И. Райский, Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург и др.). А. С. Игнатовский (1910) и некоторые другие ученые делают непринципиальное добавление — «разработка и исследование», А. А. Солохин — «изучение и разрешение», а А. Р. Деньковский — «разработка и решение». В этом уточнении очевидны элементы тавтологии, поскольку такие понятия, как «разработка», «исследование», «изучение» имеют сходное значение. Несомненно, исследование, изучение, разработка определенных научных задач представляют собой процесс, в ходе которого необходимые научные положения могут быть сформулированы в виде объективных фактов или бездоказательных предположений. Первые составляют основу научного знания, вторые лишь ставят задачу для последующих изысканий. Поэтому многие авторы считают необходимым отнести к предмету судебной медицины не только «исследование», но и «решение» научных задач (В. А. Надеждин, Д. П. Косоротов, И. Ф. Огарков, А. Р. Деньковский, М. И. Авдеев и др.), хотя «решение» задачи также еще не указывает на характер знаний, полученных в результате такого «решения» (факт, предположение, гипотеза и др.).

Н. В. Попов (1938) и М. И. Райский (1953) считали необходимым привести в определении понятия перечень частных про-

блем судебной медицины. Поскольку перечень таких проблем достаточно пространен, авторы не приводят его целиком, что вполне естественно сделало их определения неопределенными. Более оптимально использовать в определении понятия обобщающие термины. Так поступают В. И. Молчанов (1976), В. М. Смольянинов — ред. (1975, 1982), усматривающие содержание судебной медицины в определенных научных «знаниях и методах исследования». Однако общим для всех определений является то, что авторы сущность судебно-медицинских знаний подменяют целевым предназначением, т. е. отмечают ее ориентацию на правосудие. Следовательно, необходимость предложить формулу сущности судебно-медицинских знаний сохраняется. По нашему мнению, любые медицинские знания, имеющие специальное судебно-медицинское значение, могут быть источником доказательств при проведении предусмотренного законом расследования. Основанием для такого утверждения является то, что судебная медицина ВОЗНИКЛИ¹, существует и совершенствуется во имя целей и задач правосудия, ее знания на практике используются в рамках судебно-медицинской экспертизы, которая и является с процессуальной, точки зрения источником доказательств, подлежащих оценке судебно-следственными органами.

Следует кратко остановиться на целенаправленности судебно-медицинских знаний. Отмечают, что они предназначены для определения только судебных случаев (С. А. Громов, В. Никулин, В. Штольц, В. А. Надеждин, Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург и др.), гражданской и уголовной практики (Э. Р. Гофман, В. Варшавский), юридической науки (В. А. Легонин, 1896), судопроизводства (К. Эммерт), общего законодательства и правосудия (А. И. Шибков, В. М. Смольянинов), правовой практики (М. И. Авдеев, В. И. Молчанов), расследования и судебного рассмотрения уголовных и гражданских дел (А. Р. Деньковский), отправления правовых норм (М. И. Райский), деятельности правоохранительных органов (В. Н. Крюков), предусмотренного законом расследования (В. Л. Попов). Из приведенного перечня видно, что одни авторы предпочитают наиболее общие понятия (правосудие, правовые нормы), другие ограничиваются указаниями на частные понятия (гражданская и уголовная практика) и т. д. По-видимому, следует исходить из процессуальной потребности в экспертизе, и в частности в

судебной медицинской экспертизе. Она возникает при необходимости получить доказательства при любых видах предусмотренного законом расследования (дознания, прокурорской проверки, предварительного или судебного следствия и т. п.). Зная, на это целевое назначение судебно-медицинских знаний и следует ориентировать определение судебной медицины.

В настоящее время к целевому назначению судебной медицины кроме задач правосудия стали относить и задачи здравоохранения (В. М. Смольянинов — ред., 1982; С. С. Самищенко, 1996 и др.). К этому побуждает авторов ведомственная деятельность работников судебно-медицинских учреждений, направленная на совершенствование лечебно-профилактической помощи населению (выявление и изучение причин дефектов медицинской помощи, участие в лечебно-контрольных комиссиях и клинико-анатомических конференциях врачей лечебных учреждений, анализ смертельного и не смертельного травматизма, эпидемиологические обобщения случаев скоропостижной смерти и т. п.). Для проведения этой работы судебные медики не разрабатывают специальных научных проблем, они используют знания, либо обслуживающие нужды судебно-следственных органов и проведение судебно-медицинской экспертизы, либо принятые в пограничных медицинских дисциплинах (социальная гигиена, организация здравоохранения, патологическая анатомия, травматология и др.). Подобное заимствование научных знаний для выполнения ведомственных распоряжений не должно являться основанием для внесения дополнений в определение судебной медицины как специальной научной дисциплины.

Анализ существующих понятий не будет полным, если не выразить своего отношения к частным особенностям, которые встречаются в определениях некоторых авторов. А. Р. Деньковский дает определение понятия «современной» судебной медицины. Такое уточнение представляется неуместным. Любая наука в своем развитии постоянно совершенствуется, расширяя и углубляя присущие ей знания. Однако при этом как предшествующее, так и современное состояние не меняет ее отличительной сущности. М. И. Авдеев указывал, что судебная медицина изучает проблемы, «наиболее часто» встречающиеся в правовой практике. Очевидно, что задачей судебной медицины является изучение любых, точнее, всех медицинских проблем,

возникающих в правовой практике, независимо от того, насколько часто они встречаются.

С. И. Ожегов определяет науку как «систему знаний о закономерностях в развитии природы, общества и мышления». Эти определяющие положения в полной мере касаются и судебной медицины как одной из научных дисциплин.

Изложенное дает основание предложить следующее определение: *судебная медицина — специальная медицинская дисциплина, представляющая собой систему научных знаний о закономерностях возникновения, выявления, исследования и оценки медицинских фактов, служащих источником доказательств при проведении предусмотренного законом расследования.* В этом определении подчеркиваются:

а) специальный характер судебной медицины как одной из медицинских дисциплин;

б) содержание судебной медицины как системы научных знаний;

в) предмет судебной медицины как совокупности научных проблем о закономерностях возникновения определенных медицинских фактов, методах их выявления, исследования и оценки;

г) процессуальная сущность судебно-медицинских знаний как источника доказательств;

д) целевая направленность судебно-медицинских знаний, адресованная потребностям предусмотренного законом расследования:

СОДЕРЖАНИЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Не нуждается в доказательствах факт, что судебная медицина появилась и сформировалась как ответ на запросы судебно-следственной практики. Следовательно, если говорить в наиболее обобщенной, форме, содержание этой медицинской дисциплины составляют знания, которые необходимы для решения проблем, возникающих при проведении предусмотренного законом расследования.

Развитие судебной медицины происходило во всех странах примерно в одно и то же время, однако поначалу это были процессы с различными научными доминантами. Причем акценты

во многом определялись полнотой и степенью совершенства законодательства.

Неудивительно, что первый и наиболее полный свод судебно-медицинских знаний был создан в Китае (Сун-цы, *Compendium Si Yuen Lu*, 1247-1248), где имелось достаточно совершенное по тому времени законодательство. Это было пятитомное издание. Первый том содержал общие сведения о судебно-медицинских исследованиях, судебно-медицинские сведения о повреждениях, о симуляции повреждений, об установлении тождества личности, о выкидышах; второй — об установлении орудия и способов нанесения повреждений, о прижизненных и посмертных повреждениях; третий — о задушении и утоплении; четвертый и пятый — о ядах и противоядиях.

Прошло более 300 лет, прежде чем в Европе появились первые судебно-медицинские фолианты Амбруаза Паре, Фортунато Фиделиса, Паоло Закхеа.

Но возникала ли прежде потребность обращаться к врачам для решения судебных вопросов?

В своде законов вавилонского царя Хаммураппи (XVIII в. до н. э.) говорилось об ответственности за ошибки во врачебной практике. В религиозных книгах VIII в. до н. э. — II в. н. э. осуждались покушение на девственность, изнасилование, педерастия и скотоложество. Однако при этом не подразумевались какие бы то ни было медицинские консультации. Из изданий того времени только в Талмуде, предусматривавшем наказание за половые преступления и детоубийство, указывалось на необходимость врачебных знаний при установлении мнимой смерти, смертельности повреждений, половой зрелости, бесплодия, живорожденности плода.

В древних манускриптах индусов (Айюр-Веда, 600 г. до н. э.), в «законах» Моисея встречаются некоторые определения судебно-медицинского характера.

Курьезный случай привлечения Гиппократ в Древней Греции для решения вопроса в конфликтной ситуации приводит Г. Штрассман (1901) со ссылкой на Бомэ (1756): к наказанию за прелюбодеяние была приговорена женщина, родившая очень красивого ребенка, но не имевшего сходства ни с ее родителями, ни с кем из семьи. Знаменитый врач предложил осведомиться, нет ли в спальне женщины портрета ее мужа. Новорожденный, по мнению врача, оказался похожим на мужа.

Женщина была освобождена от наказания. И хотя врач использовал отнюдь не медицинские знания, остается фактом то, что для решения сложного вопроса был приглашен, и возможно впервые, представитель медицины.

В V-IV вв. до н. э. в Древнем Риме тела убитых выставлялись на улицах и площадях, где каждый мог осмотреть тело и дать собственное заключение.

Некоторые зачатки научного подхода к судебной медицине можно найти у Гиппократов (ок. 460 — ок. 370 до н. э.), который сформулировал положения о жизнеспособности плода, об ответственности врачей за профессиональную недобросовестность. В частности, он говорил о том, что врачебные ошибки хотя и не влекут за собой наказания, но приводят к деклассификации врача в профессиональном и морально-этическом отношении. Известно его выражение: *«soli medici delinquentes nulla in re publica poena coereantur, praeterquamam ignominiae, verum haec non afficit eos, qui toti quantisunt ex infamia compositae»*.

Врач был приглашен для исследования трупа римского императора Гая Юлия Цезаря (44 г. до н. э.). Он определил рану, оказавшуюся смертельной, и установил последовательность нанесения повреждений. Медицинское заключение мало что прибавляло к картине убийства, которое произошло публично и достаточно демонстративно. Но налицо исторический факт привлечения врача к исследованию мертвого тела для решения типичных судебно-медицинских вопросов.

В конце I в. н. э. в Александрии египетскими правителями были разрешены вскрытия трупов людей.

В римских законах Суллы (II в. до н. э.) есть целый ряд положений, расследование которых требует медицинских знаний: определение возраста детей, половой зрелости, детоубийства, мужеложства, беременности.

Тем не менее, пожалуй, впервые лишь в кодексе Юстиниана (482 или 483-565 гг.) специально было указано на необходимость обращения к врачам при решении судебных вопросов. К помощи врачей следовало прибегать также согласно германским законам и законоуложениям скандинавских стран уже к V-VII вв.

В 1209 г. Папа Иннокентий III постановил привлечь медицинского эксперта для решения вопроса о последовательности

нанесения повреждений, причиненных одному человеку могильным заступом.

В 1249 г. врач Хуго Лукка давал судебно-медицинские заключения перед трибуналом города Болоньи.

В XIII в. король Сицилии Роше разрешил вскрывать тела умерших, и в 1315 г. итальянский профессор Мокдини ди Луци впервые публично вскрыл труп женщины. В 1374 г. право заниматься этой деятельностью получил медицинский факультет в Мониелье.

В 1507 и 1532 гг. вышли Бамбергское уголовное положение и *Constitutio Criminalis Carolina* Карла V, больше известная под коротким *Carolina*, соответственно. Оба законодательства предусматривали привлечение сведущих лиц (врачей, повивальных бабок) к решению ряда специальных медицинских вопросов (оценки врачебных ошибок, смертельных повреждений, детоубийства, возраста подозреваемого и т. п.).

Carolina предписывала обязательное приглашение врача для обсуждения судебных случаев, касающихся смертельных ран, отравлений, беременности, изгнания плода, и других, но не содержала никаких рекомендаций о том, как это надо делать. И хотя считается, что научная судебная медицина начинается с *Carolina*, скорее всего кодекс Карла V послужил голчком к обобщению разрозненных судебно-медицинских знаний.

К числу первых научных публикаций судебно-медицинского характера можно отнести сообщения *Claudius Halenus* (II в. до н. э.) о притворных болезнях и критериях новорожденных детей.

Первым обобщающим судебно-медицинским произведением в Европе принято считать «*Tractatus de renunciationibus et cadaverum embaumatibus*» в книге «*Opera chirurgice*» Амбруаза Паре (1575). Трактат был посвящен описанию различных видов смерти новорожденных, признаков опасных и смертельных ран, различных видов насильственной смерти, вариативности формы и строения девственной плевы, достоверных и предположительных признаков девственности. Трактат содержал рекомендации по составлению судебно-медицинских заключений. В 1582 г. Амбруаз Паре издал трактат о ранах «*Tractatus de*

remmciatione vulneram». У него было еще одно небольшое сочинение о ядах.

В 1598 г. появилось ставшее широко известным издание фортунато Фиделис из Палермо «De relationibus medicorum», где автор обстоятельно рассмотрел такие разнообразные проблемы, как насильственная и скоропостижная смерть, отравление едкими ядами и окисью углерода, повешение и задушение, поражение молнией, девственность и вытравление плода. Он привел критические дни при повреждениях: 3, 7, 9, 40-й. И хотя эти данные получены путем исключительно эмпирических наблюдений, они удивительно коррелируются с современными представлениями о периодах (стадиях) травматической болезни.

Но, пожалуй, наиболее значительным среди первых судебно-медицинских изданий является труд итальянского врача Паоло Закхеа «Qwestiones medicolegales» (1621), где дана судебно-медицинская оценка половых отравлений, диагностики некоторых видов отравлений и механической асфиксии.

Несмотря на свою внешнюю фундаментальность, труды Ф. Фиделиса и П. Закхеа включали судебно-медицинские сведения, известные к началу XVII в. Ученые были далеки от систематического изложения экспертных знаний.

Содержание научной судебной медицины стало активно пополняться начиная со второй половины XVII в. (цит. по: Г. Корнфельд, 1883): Г. Фельтман (1667) писал об осмотре трупов, И. Браун (1673) - о критериях смертельности ранений, Лека (1750) — о самосгорании, Луи и Брюе (1786) — о признаках смерти, Лафосс (1783) — о трупных явлениях, Е. Г. Буттнер (1771) — о детоубийстве, Е. Гмелин (1776), Е. Пленк (1785) и Ганеманн — о ядах и г. д. Из авторов учебников и руководств этого периода следует упомянуть И. Бон (1689), Циттман (1706), М. Г. Валентин (1722), В. Троппанегер (1755), М. Альберти (1725), Е. Е. Габенштрайт (1755), Х. Л. Швайкгард (1788).

В течение XVIII и в начале XIX вв. содержание судебной медицины продолжало расширяться и в известной мере стабилизировалось в 20-30 гг. XIX в. Это нашло отражение в учебниках и руководствах по судебной медицине А. Магона (1811), Е. Пленка (1781), Г. Барзелотти (1818), В. Клозе (1814), Орфия (1828), С. А. Громова (1832), Бергмана (1846), Е. Г. Шурмайера (1850), А. Деверджи (1836), Е. В. Пеликана (1853), Кас-

пера (1858), Тейлора (1861), А. Шауэнштейна (1862), Бюхнера (1872), А. Лакассаня (1878), Г. Корнфельда (1885), В. Штольца (1885), А. С. Игнатовского (1892) и др.

Порядок изложения судебно-медицинских знаний мы рассмотрим при изложении системы предмета судебной медицины. А пока постараемся по возможности полно перечислить проблемы, которые освещались и освещаются на страницах обобщающих судебно-медицинских руководств.

Перечисление этих проблем можно вести исходя из двух позиций: а) хронологической, б) проблемной. В первом случае пришлось бы многократно возвращаться к одним и тем же разделам по мере насыщения их дополнительными сведениями. Такой порядок затруднил бы восприятие материала. Поэтому мы решили отказаться от него, учитывая еще и то, что некоторое представление о потребности в судебно-медицинских знаниях в историческом аспекте будет показано ниже.

Выбрав «проблемный» вариант, мы использовали более или менее принятую рубрикацию содержания судебной медицины в современных изданиях.

Посмотрим, как содержание судебной медицины раскрывается в некоторых учебниках. При этом будем придерживаться авторской последовательности.

С. А. Громов начинает изложение с определения понятия «судебная медицина», истории дисциплины и процессуального регулирования судебно-медицинской экспертизы. Далее он приводит рекомендации по методике судебно-медицинского исследования трупов, живых людей и новорожденных. Затем излагаются результаты исследований, направленных на установление «первородства и старшинства», возраста, пола и половых отправления, «притворных» и истинных душевных болезней, «действительности» смерти и ее давности, смерти от механических повреждений, задушения, голода, замерзания, «сгорания», молнии. Значительное внимание уделяется отравлениям, при этом отдельно рассматриваются последствия употребления мышьяка, сулемы, солей меди, соединений свинца, минеральных кислот, опия и спиртных напитков. Завершается изложение главами о дифференцировании рода насильственной смерти («об исследовании того, сам ли умерший был виной насильственной смерти своей или кто-либо другой, умышленно или Неумышленно»), родов и причин смерти новорожденных.

Таким образом, С. А. Громов достаточно полно представляет судебную медицину. Он выделяет основные исходные теоретические проблемы, а также такие проблемы, как идентификация личности, различного рода повреждения, судебно-медицинская танатология. В дополнение к этому в учебнике приводятся сведения условно-исторического значения: установление первоуродства и старшинства, определение рода насильственной смерти, психических расстройств.

Ученый не ограничился теорией, а дал рекомендации по обследованию живых и исследованию трупов. То, что он мало внимания уделил судебно-медицинской экспертизе вещественных доказательств, объясняется низким уровнем лабораторных исследований начала XIX в.

Прошло немногим более 20 лет, и Е. В. Пеликан (1853), как бы не замечая учебника своего современника, пишет книгу, где акцентирует внимание на том, что каждый профессор, излагая судебную медицину, следует своим воззрениям. Отдав формальное должное основному понятию, он сразу переходит к обрядовой части (юридической регламентации экспертной деятельности) и далее к исследованию внезапной и насильственной смерти, повреждений, вопросов пола и половых отправления, трупов младенцев, здоровых людей и болезненных состояний человека. Содержание этого учебника не выходит за пределы краткого и весьма избирательного курса лекций по судебной медицине, лишенного таких важных тем, как идентификация личности, давность наступления смерти, лабораторное исследование объектов судебно-медицинской экспертизы и др.

В учебник А. Шауэнштейна, вышедший в свет в 1869 г. (в 1870 г. его на русский язык перевел И. Чайкин), вошли следующие разделы: основные понятия и история судебной медицины, юридическая регламентация экспертной деятельности, противозаконное удовлетворение половых побуждений и их последствия, детоубийство, самоубийство, покушение на жизнь и здоровье других (о повреждениях), об индивидуальных состояниях человека, об определении состояния здоровья и притворных болезнях, об исследовании «нравственного облика человека» (об установлении психического состояния), об установлении давности смерти. Не комментируя последовательность изложения, заметим, что достаточно объемный учебник (около 700 страниц без каких-либо таблиц и рисунков) не охва-

гивает всего круга проблем, составляющих содержание судебной медицины. В частности, практически не изложены вопросы методики практического использования судебно-медицинских шаний при экспертизе живых, трупов и вещественных доказательств. Отличительной особенностью учебника А. Шауэнштейна является то, что каждому основному разделу он предпосылает подробную справку о тех положениях закона, которые побуждают к судебно-медицинскому исследованию повреждений, признаков личности, детоубийства и т. д.

С 1877 до 1933 г. в России был весьма популярен учебник австрийского профессора Э. Р. Гофмана. Впервые он был переведен на русский язык И. М. Сорокиным в 1881 г. и выдержал много изданий. Этот учебник считался (и до сих пор считается) классическим оригинальным трудом. Однако, сопоставляя изложение судебной медицины Э. Р. Гофмана и его предшественника А. Шауэнштейна, мы замечаем поразительное сходство.

В 1902 г. вышел в свет учебник судебной медицины швейцарского профессора К. Эммерта. На русский язык эту книгу перевел Д. П. Косоротов. Учебник лишен пространных ссылок на юридические нормы, автор ограничивается лишь указанием на необходимые сведения о врачах-экспертах и процедуру судебно-медицинских исследований, включая составление протоколов, актов и мнений на разных этапах расследования и судебного разбирательства.

В отличие от предшественников К. Eminert четко обозначает такие проблемы, как определение степени тяжести телесных повреждений при экспертизе живых, методику судебно-медицинского исследования трупа, установление смертельности повреждений и рода насильственной смерти, ошибок во «врачебном искусстве».

Персональный учебник Д. П. Косоротова выходит в свет в 1911 г. Автор удержался от повторений. Его книга отличается достаточно точным (с позиций начала века) формулированием проблем, составляющих содержание судебной медицины. Он разделяет понятия «судебная медицина» и «экспертиза», включая в последнюю форму и содержание судебно-медицинской документации и устных показаний эксперта в суде. В разделе «Трупные явления» он рассматривает не только вопросы, вынесенные в заголовок, но и «правила исследования мертвых

тел». В главах, касающихся повреждений, он выделяет самостоятельные темы: отличие прижизненных повреждений от посмертных, причины смерти при повреждениях, связь смерти с повреждением. Всю совокупность вопросов, связанных с сексуальной агрессией и детоубийством он сводит в одну главу «Отправления пола». В его учебнике появляются такие главы, как «Определение личности» и «Исследование вещественных доказательств».

Сходное содержание имеет двухтомник А. С. Игнатовского (1910).

В учебнике Ю. Кернера (1931) опущены такие рубрики, как исследование вещественных доказательств и оценка ошибок во врачебной деятельности. Этих недостатков лишены обстоятельные учебники Н. С. Бокариуса (1915, 1930). Вместе с тем этот автор включил значительный по объему материал по нормальной и топографической анатомии.

К 30-м годам из учебников судебной медицины стали исчезать разделы, посвященные вопросам психопатологии.

В 1953 г. увидел свет учебник судебной медицины М. И. Райского. К этому времени автор уже имел опыт сорокалетней судебно-медицинской практики. Книга была написана, когда ученый еще работал в Военно-медицинской академии. Отличаясь исключительно высоким чувством ответственности, он в течение нескольких лет «апробировал» рукопись в учебном процессе и среди практических экспертов. Книга не один раз обсуждалась на заседаниях Ленинградского научного общества судебных медиков. Автор с вниманием относился ко всем замечаниям и пожеланиям. Вот почему учебник подвел итог многолетнему обобщению и дифференцированию судебно-медицинских знаний и подготовил почву для последующего этапа развития судебной медицины: анализа и синтеза знаний, составляющих содержание этой научной дисциплины.

Все последующие (коллективные и персональные) издания мало что прибавили к труду М. И. Райского, в котором содержание судебной медицины было изложено достаточно полно. Поэтому завершим изложение содержания судебной медицины перечислением тех проблем, которые включил в учебник М. И. Райский. Приведем их в авторской последовательности:

Раздел первый.

Предмет, задачи, значение судебной медицины.

К истории судебной медицины.

Судебно-медицинская экспертиза (организация судебно-медицинской экспертизы; судебно-медицинская экспертиза на предварительном следствии и на суде; ответственность судебно-медицинского эксперта).

Раздел второй.

Умирание и смерть.

Трупные явления.

Гниение (гниение трупов, разрушение, сохранение, мумификация, жировоск).

Раздел третий.

Классификация смертей в судебной медицине.

Смерть, подозрительная на насилие (скоропостижная смерть, заболевание с преимущественной локализацией: в сердце и сосудах, системе органов дыхания, пищеварительном тракте, мочеполовой системе, центральной нервной системе, в железах внутренней секреции, при инфекционных заболеваниях).

Раздел четвертый.

Повреждения (юридическая классификация повреждений, несмертельные телесные повреждения).

Учение о телесных повреждениях в судебной медицине (телесные повреждения от физических факторов, механические повреждения).

Повреждения тупым оружием (виды повреждений, первичные повреждения, функциональные повреждения, шок).

Повреждение острым оружием.

Огнестрельные повреждения.

Телесные повреждения, прижизненные и посмертные (случайные, криминальные, причиняемые животными, посмертные повреждения в связи с особенностями обстановки смерти, распознавание прижизненных механических повреждений, причина и генез смерти при механических повреждениях, механические повреждения, анатомические и функциональные; анатомические повреждения, при которых смерть наступает в связи с осложнениями).

Раздел пятый.

Механическая асфиксия (прижизненные явления при механической асфиксии, изменения в трупе, механическая асфиксия

типа strangуляции или удушения: повешение, удушение петлей, удушение рукой, задушение, утопление).

Раздел шестой.

Повреждения от высокой и низкой температуры.

Раздел седьмой.

Повреждения и смерть от электричества.

Раздел восьмой.

Повреждения от химических факторов (местные повреждения от химических веществ, отравления).

Пищевые отравления.

Раздел девятый.

Повреждения от факторов биологических и психических.

Раздел десятый.

Экспертиза трупа (первичный осмотр трупа, судебно-медицинское вскрытие трупа).

Идентификация трупа.

Раздел одиннадцатый.

Экспертиза живых лиц.

Экспертиза по определению трудоспособности. Освидетельствование привлекаемого к ответственности.

Экспертиза при симуляции болезней и "несмертельных" повреждений (симуляция, членовредительство, исследование естественных доказательств).

Раздел двенадцатый.

Экспертиза по вопросам пола и половых отклонений.

Раздел тринадцатый.

Исследование трупов новорожденных (экспертиза при детоубийстве, механическая асфиксия, механическая травма).

Раздел четырнадцатый.

Исследование вещественных доказательств (судебно-медицинские лаборатории, исследование крови, семени, волос).

Раздел пятнадцатый.

Права, обязанности и ответственность медицинского персонала.

Раздел шестнадцатый (приложение).

Первичный осмотр трупа на месте его обнаружения.

Содержание судебной медицины изложено М. И. Райским обстоятельно. Тем не менее нужно отметить некоторые спорные моменты. Так, в главе «Трупные явления» рассматривают-

ся только ранние трупные явления, а в главе «Гниение» — не только гниение, но и другие поздние трупные явления. Анализ понятия «повреждение» оторван от главы «Учение о телесных повреждениях». Классификация повреждений ограничивается систематизацией только несмертельных повреждений. Одна из глав необоснованно названа «Повреждение тупым оружием», поскольку там рассматривается и травма, причиненная тупыми орудиями труда и случайными тупыми предметами. Аналогичный комментарий можно дать и к главе «Повреждения острыми предметами». Неуместно говорить об «асфиксии типа странгуляции или (!) удушении», так как существует удушение петлей, приводящее к странгуляции. По этой же причине не следовало включать в эту рубрику obturatorные виды асфиксии и утопление. Вызывает удивление дефиниция «идентификация трупа», которая формально должна рассматриваться как доказательство факта смерти, а в главе идет речь об идентификации личности (!). Очевидно, что идентификация личности проводится при исследовании биологических объектов на вещественных доказательствах, живых людей, скрывающих свое истинное имя, а также трупов неизвестных людей. Однако автор рассматривает лишь последний объект. Выборочно и неполно рассматривается проблема исследования трупов новорожденных.

В максимально обобщенной форме можно дать следующий перечень проблем (по М. И. Райскому), которые составляют содержание судебной медицины: общие (методологические) вопросы судебной медицины (понятие, предмет, задачи судебной медицины), организация и процессуальное регулирование судебно-медицинской экспертизы, судебно-медицинские аспекты смерти, судебно-медицинская характеристика повреждений (от любых внешних воздействий), судебно-медицинская экспертиза трупа, живых людей и вещественных доказательств, права, обязанности и ответственность медицинского персонала.

И все-таки, если принять во внимание время написания книги (50-е годы), нельзя не признать, что судебная медицина представлена всесторонне и обстоятельно. Конечно, в современных учебниках можно найти ДНК-идентификацию, более подробные сведения о судебно-медицинской травматологии, медицинскую криминалистику и др. Но эти проблемы в 50-е

годы еще не стояли или были недостаточно разработаны. Их отсутствие в рассматриваемом учебнике не является основанием для высказывания каких-либо претензий в адрес автора. Поэтому мы и взяли за основу содержание учебника М. И. Райского, приступая к анализу системы предмета судебной медицины.

СИСТЕМА ПРЕДМЕТА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Пытаясь определить содержание судебной медицины, мы познакомились с большим количеством отечественных и зарубежных учебников и руководств. Оказалось, что последовательность изложения предмета данной дисциплины заметно отличается. Это свидетельствует об отсутствии единого систематического подхода.

Парадокс беспорядочного изложения судебной медицины станет более очевидным, если представить себе, например, что изучение нормальной анатомии начиналось бы со спланхнологии (раздела о строении внутренних органов), терапии — с лабораторной диагностики цирроза печени, стоматологии: — с протезирования зубов и т. п.

Отсутствие «порядка» в изложении любой научной дисциплины свидетельствует либо об отсутствии системы предмета (и тогда это не научная дисциплина, а беспорядочный набор сведений, возможно и необходимых для решения каких-то прикладных задач), либо о непознанное™ существующей системы. К судебной медицине ближе вторая причина.

На первый взгляд, постановка вопроса о необходимости систематического изложения судебной медицины может показаться искусственно надуманной, поскольку в подавляющем большинстве отечественных учебников изложение судебной медицины начинается с процессуальных положений судебно-медицинской экспертизы. Однако абсурдность такого «начала» станет понятной, если вспомнить, что судебно-медицинская экспертиза — это практика судебной медицины, практическое использование судебно-медицинских знаний. Следовательно, начинать знакомить читателя с практикой использования судебно-медицинских знаний до изложения самих знаний — все равно что ставить телегу перед лошадью.

Существуют и иные варианты построения учебников и руководств. Посмотрим, какие темы в разное время избирались авторами в качестве исходных:

половые преступления (Ю. Бриан, 1837; Е. Г. Шурмайер, 1861; А. Шауэнштейн, 1862, 1870; Каспер, 1872; Э. Р. Гофман! 1881; В. Никулин, 1883; В. Штольц, 1885; В. А. Легонин, 1896; Ф. Штрассманн, 1901; Л. Григоров, 1913; М. С. Савельев, 1914 и др.);

судебно-медицинское исследование трупа (Е. В. Пеликан, 1863; Н. А. Облонский, 1894; В. Варшавский, 1899; А. С. Игнатовский, 1910; Д. П. Косоротов, 1911-1912; К. Н. Нижегородцев, 1928; Н. С. Бокариус, 1930; В. А. Надеждин, 1935; Н. В. Попов - ред., 1938, 1944, 1946, 1950; М. И. Райский, 1953; Г. Дитц, 1970; О. Х. Поркшеян, 1971; В. М. Смольянинов — ред., 1975; Г. Грэхам, 1975, 1984; Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург, 1980; В. Дюрвальд, 1981; В. Н. Крюков - ред., 1990 и др.);

судебно-медицинская характеристика повреждений (М. И. Авдеев, 1953; И. Ф. Огарков - ред., 1964; Ю. Маркулис, Ю. Найнис, 1979; С. Д. Раданов, 1984; 1990 и др.);

экспертиза повреждений у живых людей (К. Эммерт, 1902; П. Л. Деполович, 1907; Грживо-Домбровский, 1929 и др.);

анатомическое строение органов и тканей человека (Н. С. Бокариус, 1915; Я. Л. Лейбович, 1922);

лабораторные исследования вещественных доказательств (Г. Корнфельд, 1885);

пограничные вопросы судебной медицины и других наук (В. М. Смольянинов, К. И. Татиев, В. Ф. Черваков, 1961, 1964).

Примеры можно продолжить: обрядовая часть (процессуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы), экспертная оценка психических состояний и т. д.

Между тем очевидно, что изложение любой дисциплины должно начинаться с введения. Судебная медицина не является исключением. Практически все авторы так и делают. Однако это соответствие внешнее и часто формальное. Подавляющее большинство ограничивается определением понятия либо указанием на прикладное предназначение судебной медицины и кратким экскурсом в историю. Некоторые приводят более обстоятельные исторические справки: Г. Корнфельд (1883); В.Штольц (1885); Ф. Штрассман (1901); Д. П. Косоротов (1911); М. И. Авдеев (1953) и др. Гораздо реже во введении

обсуждаются общие методологические проблемы: С. А. Громов (1832); М. И. Авдеев (1953), В. Л. Попов (1985, 1993, 2000).

Обратимся вновь к первому русскому учебнику и посмотрим, что включил во введение С. А. Громов (1832): 1) определение судебной, медицины; 2) предметы, входящие в состав оной; 3) общее значение судебных случаев, требующих объяснения со стороны судебной медицины; 4) знания, для объяснения сего потребные; 5) правила, при том наблюдаемые; 6) правила, почему судебная медицина должна составлять отдельную или самостоятельную науку; 7) отношения сея науки к медицине и правоведению; 8) следы оной у древних народов; 9) образ судопроизводства и некоторые слабые начала судебной медицины у германских народов по разрушении Римской империи; 10) истинное начало оной; 11) постепенное приращение и усовершенствование; 12) сочинения, касающиеся до общей литературы и истории судебной медицины; 13) сочинения систематические; 14) сочинения отдельные и периодические; 15) успехи науки в России; 16) краткое практическое обозрение разделений судебной медицины; 17) разделение оной на общую и специальную.

Содержание большинства приведенных позиций мы рассмотрим подробнее при дальнейшем изложении. Одни из них созвучны современным представлениям, другие ограничены уровнем начала XIX в. Однако нельзя не отметить, что С. А. Громов (задолго до появления науковедения) представил все основные составляющие элементы теоретических основ судебной медицины, впрочем присущие и любой другой отрасли науки: понятие дисциплины, ее содержание, методология, история, литература.

Нужно согласиться с С. А. Громовым, что представление любой дисциплины, любого предмета или явления должно начинаться с главной дефиниции, т. е. с определения сущности рассматриваемого вопроса. В нашем случае это — понятие судебной медицины.

Далее С. А. Громов показывает целевую направленность судебно-медицинских знаний, их устремленность на решение задач правосудия и логично подводит к постулату о том, что исходя из своей сущности судебная медицина должна опираться на фундаментальные положения и медицины и юриспруденции. Отсюда следует вывод о самостоятельности судебной медицины.

Несколько следующих параграфов освящают мировую историю судебной медицины и ее развитие в России. При этом С. А. Громов демонстрирует широчайшую библиографическую осведомленность.

Исключительно важным является параграф, посвященный поиску и обоснованию системы предмета судебной медицины. Автор последовательно отвергает построение судебной медицины как исключительно по юридическому основанию (по суду уголовному, по суду гражданскому, по суду духовному), так и исключительно по медицинскому (судебная анатомия, судебная физиология, судебная психология, судебная патология, судебная терапия, судебная хирургия, судебная родовспомогательная наука, судебная химия и др.). Он подчеркивает, что судебная медицина не является врачебной наукой или правоведением, но нуждается в знаниях и той и другой. Он критикует А. Генке (1821), который выделяет часть «формальную, или обрядовую», т. е. процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы, и «часть материальную», т. е. собственно судебно-медицинскую экспертизу, и разделяет последнюю на три отделения: исследование живых людей, исследование трупов и исследование неодушевленных веществ, т. е. вещественных доказательств. С. А. Громов обращает внимание на то, что, во-первых, как при исследовании живых людей, так и при исследовании трупов в ряде случаев используются одни и те же знания, а во-вторых, труп является неодушевленным предметом. Столь же негативно он относится и к искусственному выделению «технической части».

В то же время С. А. Громов изложил свое представление о системе судебно-медицинских знаний отнюдь не безупречно. На первый взгляд, его структура не вызывает возражений: судебная медицина состоит из двух частей — генеральной, или общей (*medicina forensis generalis s. propedeutica*), и специальной, или частной (*medicina forensis specialis*). Однако, когда раскрывается содержание обеих частей, оказывается, что «*propedeutica*» рассматривает процессуальные и методические вопросы судебно-медицинской экспертизы, а в «*specialis*» последовательно излагаются: 1) уродства у новорожденных, их способность вести самостоятельную жизнь, в том числе и психически нормальную, их право на обладание гражданскими правами в обществе, право на первородство и старшинство в

семе' 2) исследование возраста; 3) исследование половых от-
павлений; 4) исследование состояния здоровья, притворных и
душевных болезней; 5) исследование трупа (определение факта
и времени смерти, смерти от различных внешних воздействий).

Мы столь подробно останавливаемся на учебнике С. А. Гро-
мова, потому что в подавляющем большинстве как предшество-
вавших, так и последующих изданий методологические вопро-
сы либо вовсе не рассматриваются, либо ограничиваются опре-
делением понятия «судебная медицина» и краткой историей
дисциплины. По этой причине сравнительный анализ невозмо-
жен.

Очевидно, что введение как некое действие по представле-
нию читателю предлагаемой для изучения дисциплины должно
включать доказательное объяснение (если угодно — обоснова-
ние) основных дефиниций, общие рассуждения о системе зна-
ний данной дисциплины, их возникновении и развитии (исто-
рия), используемой системе методов познания. Все это опреде-
ляет методологический фундамент или **теоретические основы
судебной медицины**. К ним мы относим: *понятие судебной ме-
дицины, понятия о предмете, объектах, системе научных зна-
ний и методов, историю*. Независимо от того, какой частный
вопрос (при всем их многообразии) поставлен перед практи-
ческой судебной медициной, если он находится в пределах ее
компетенции, то должен решаться на единой методологической
базе.

Вплоть до 60-70-х годов XX в. направленность судебно-
медицинских знаний в российской специальной литературе (а в
зарубежной литературе и по сей день) рассматривалась одно-
значно — интересы правосудия. Отождествление личности при
исследовании живых людей, трупов, вещественных доказа-
тельств, реконструкция обстоятельств происшествия по биоло-
гическим следам, идентификация травмирующих предметов и
определение механизма их действия — все эти основные на-
правления судебной медицины действительно устремлены на
удовлетворение запросов суда и следствия. Судебная эксперти-
за возникла, развивается и, надеемся, будет развиваться во имя
установления истины в криминальных ситуациях. Это очевид-
ный и неоспоримый факт. Между тем в последние десятилетия
стали появляться работы, которые расширительно толкуют
основные цели и задачи судебной медицины. Так, в некоторых

учебниках по судебной медицине для студентов медицинских вузов (В. М. Смольянинов — ред., 1982; В. Н. Крюков — ред., 1998 и др.) наряду с упомянутыми излагаются другие цели и задачи, находящиеся вне процессуального пространства и касающиеся разработки медицинских проблем организационно-методического характера,— выявление и изучение причин появления дефектов оказания медицинской помощи, разработка проблемы скоропостижной смерти и др.

Действительно, параллельно с решением основных задач по проведению экспертиз и участием в другой совместной с правоохранительными органами деятельности судебно-медицинский эксперт выявляет дефекты диагностики и лечения, когда они попадают в поле его зрения.

Содержание и организационные начала работы по выявлению и изучению причин ошибок диагностики, лечения и организации оказания помощи были разработаны и постоянно совершенствовались патологоанатомами задолго до того, как этим стали заниматься судебные медики. Последние заимствовали чужие технологии, причем в большинстве случаев недостаточно или беспорядочно. Успех патологоанатомической работы определяется прежде всего тотальным (или близким к таковому) охватом летальности, что обеспечивает полноту анализа. Судебные медики занимаются этой работой «выборочно», ее уровень невысок (об этом свидетельствует тот факт, что судебные медики выявляют дефекты медицинской помощи реже (на 1-2 порядка), чем патологоанатомы). Иногда говорят, что это аргумент в пользу необходимости изучения судебной медицинской проблемы дефектов медицинской помощи. Изучать, несомненно, надо, причем с целью достичь в данном деле уровня патологоанатомов. Что же касается изучения данной проблемы самостоятельно судебными медиками, то эта рекомендация близка к предложению заново изобрести велосипед. Задача заключается не в научной судебно-медицинской разработке проблемы, а в обучении судебных медиков и добросовестном овладении ими существом дела, разработанного другими специалистами.

В статистических отчетах судебно-медицинских учреждений имеется рубрика скоропостижной смерти, наряду с многочисленными «травматическими». Однако анализ содержания учитываемых характеристик скоропостижной смерти показывает

отсутствие какой-либо специфики, требующей специальной судебно-медицинской оценки.

Судебными медиками написано немало научных работ, в том числе и диссертационных, по проблеме скоропостижной смерти. Заранее принося извинения их авторам, заметим, что научный уровень этих работ (по морфологическому описанию патологии, анализу морфогенеза, посмертной и прижизненной, биопсийной, диагностике) в качественном отношении заметно уступает уровню сопоставимых по тематике работ, выполненных патологоанатомами. Вспомним хотя бы совместный советско-американский симпозиум по проблемам внезапной смерти, где наряду с судебными медиками участвовали и патологоанатомы. Научные сообщения первых (буквально единичные) сводились в основном к анализу обстоятельств наступления смерти. Сообщения вторых (более 90 %) были посвящены диагностике морфофункциональных изменений, поиску и обоснованию морфологических эквивалентов нарушенной функции и т. п. Неудивительно, что зарубежные специалисты на этом форуме были представлены преимущественно учеными, чья специализация — патологическая анатомия.

Судебно-медицинская экспертиза заимствует критерии и правила определения утраты профессиональной трудоспособности из врачебно-трудовой экспертизы, сведения о клинике и диагнозе многих заболеваний из соответствующих клинических дисциплин, методику экспериментального анализа при распространении заразных заболеваний из эпидемиологии, вопросы организации и управления судебно-медицинской службой у организаторов здравоохранения и т. д. При этом ни у кого не возникает стремления включить изучение этих вопросов в научные судебно-медицинские программы. Безусловно, судебно-медицинская экспертиза как практическая медицинская служба, действующая в системе здравоохранения, должна выполнять медицинскую работу, способствующую совершенствованию медицинского обслуживания населения. Однако при этом она должна использовать знания, составляющие предмет изучения других медицинских дисциплин, в первую очередь организации здравоохранения и патологической анатомии.

Было бы неправильно понимать изложенное как попытку отмежевать судебную медицину от других медицинских и не-

медицинских дисциплин. Судебная медицина отличается тем, что широко использует знания других дисциплин, преобразуя их для решения собственных экспертных задач. По существу, трудно представить какую-либо медицинскую или немедицинскую дисциплину, знания которой в большей или меньшей мере не интегрируются судебной медициной (схема 1),



Схема 1. Связь судебной медицины с другими дисциплинами

Какие же знания может почерпнуть судебная медицина из дисциплин, указанных на схеме 1?

Нормальная анатомия содержит сведения о строении тела человека. Анатомические знания составляют фундамент любой медицинской дисциплины. Не является исключением и судебная медицина. Не нуждается в особых доказательствах необходимость знания нормального строения органов и тканей человека при диагностике повреждений и их последствий. Уженешний вид кожи или кости, имеющей отклонения от нормального строения, ставит задачу установить причины выявленного несоответствия. Например, нарушение рельефа или ненормальное локальное утолщение кости может быть следствием старой травмы — зажившего перелома с образованием

Костной мозоли. Существуют два основных варианта строения
К пепя- долихоцефалический (превалирующий горизонтальный
змер) и брахицефалический (превалирующий вертикальный
пазмер). Замечено, что при одних и тех же условиях травматического воздействия (совпадающие место, направление и сила удара или сдавления) и одинаковой толщине костей при разных вариантах строения черепа возникают разные по направлению, числу и протяженности переломы. То же самое в полной мере относится и к вариантам строения других частей скелета. Знание этих особенностей поможет судебному врачу избежать ошибок при реконструкции условий образования повреждений. Вместе с тем понятие анатомической нормы не является догматическим. В частности, анатомическая вариабельность нормального строения кровеносных сосудов может быть весьма широкой. Так, только крупные артерии, располагающиеся на основании головного мозга, могут быть представлены 15-20 основными вариантами и еще большим числом частных. Знание этих разновидностей позволяет отличить патологические (болезненные) изменения от одного из вариантов врожденной нормы. Однако врожденный вариант не всегда безобиден. Например, при аневризме — врожденном локальном расширении внутримозгового артериального сосуда — стенка сосуда, как правило, некомпенсированно истончена и может разорваться при даже незначительных неблагоприятных внешних и внутренних воздействиях. Знание таких особенностей позволяет правильно оценить роль врожденного дефекта и внешних воздействий (к примеру травмы) в возникновении разрыва артерии, развитии внутричерепного кровоизлияния, способного привести к смерти. Очевидно, что от правильного решения этого судебно-медицинского вопроса во многом зависит приговор суда о степени вины лица, нанесшего травму человеку, имевшему от рождения существенный дефект анатомического строения. Варианты анатомической формы и строения органов и тканей, образующих организм человека, несут важнейшую информацию о его анатомической индивидуальности и могут играть доминирующую роль при идентификации личности.

Столь же важную функцию, как и нормальная анатомия, выполняет *гистология*, которая изучает микроскопическое строение тканей и органов. Она позволяет выявлять микроско-

пические изменения в организме, невидимые невооруженным глазом: реакцию клеток на травматическое воздействие — для доказывания прижизненного происхождения повреждений и определения давности их возникновения; посмертные изменения биологических тканей умершего человека — для установления сроков наступления смерти; микроскопические врожденные дефекты кровеносных сосудов — для выяснения истинной причины смерти; мозаику микроскопических изменений в различных органах и тканях организма при отравлениях, отражающую избирательный характер действия ядов, — для диагностики конкретного вида химического поражения и т. д. Совокупность гистологических знаний, необходимых для решения судебно-медицинских задач, составляет содержание такой дочерней дисциплины, как судебно-медицинская гистология. Судебно-медицинские гистологические лаборатории включены в организационно-штатную структуру всех крупных судебно-медицинских учреждений.

Патологическая анатомия — медицинская дисциплина о морфологических изменениях в организме, вызванных различными заболеваниями. Благодаря патологоанатомическим знаниям судебный врач может выявить болезненные изменения в организме травмированного человека, определить степень их глубины и распространенности, а это, в свою очередь, поможет решить такой важный вопрос, как установление степени влияния травмы и патологии на смертельный исход, т. е. доказать причины смерти. Смерть от травмы может наступить сразу на месте происшествия. В других случаях пострадавший может умереть в стационаре (куда он попадает после травмы), несмотря на полноценно проведенные лечебные мероприятия, из-за закономерно развивающихся в его организме необратимых болезненных изменений. Совокупность этих изменений обуславливается травматической болезнью. Знания патологической анатомии позволяют выявить эти изменения и определить их роль в наступлении смерти. Около половины умерших людей, трупы которых поступают в судебно-медицинские морги, погибают неожиданно для окружающих. Такая смерть подозрительна на насильственную и поэтому является предметом судебно-медицинского разбирательства. Выявляя морфологические признаки скрыто протекающих заболеваний (чаще всего это болезни сердечно-сосудистой системы), судебный медик опи-

почти исключительно на сведения, содержащиеся в специальной патологоанатомической литературе.

При смерти травмированных людей, наступившей в лечебном учреждении, возникает потребность оценить качество проводившегося лечения, определить дефекты оказания медицинской помощи, степень их влияния на наступление смертельного исхода и т. д. Методика выявления и изучения причин дефектов оказания медицинской помощи разработана и постоянно совершенствуется патологоанатомами. Судебные медики заимствуют эти знания для решения тех же задач при исследовании трупов людей, погибших в результате насильственных действий.

Физиология — изучает механизмы жизнедеятельности организма и его взаимодействия с окружающей средой. Это фундаментальная медицинская дисциплина. Она рассматривает особенности жизнедеятельности организма в разном возрасте, изучает механизмы формирования функций в развивающемся молодом организме и их угасания в стареющем. В судебной медицине эти сведения важны при доказательстве факта наступления так называемой физиологической смерти, причиной которой может быть как несовершенство физиологических ресурсов организма (в детском возрасте), так и их истощение (в старческом возрасте). Очевидно, что такая смерть относится к ненасильственной, некриминальной. В связи с особенностями профессиональной деятельности человек может более или менее длительное время находиться в экстремальных условиях (летательные аппараты, в том числе и космические, замкнутые объемы подводных лодок, вредные производства, чрезмерно высокая или низкая температура окружающей среды и т. д.), которые вынуждают организм включать дополнительные приспособительные механизмы. После того как ресурс компенсаторно-приспособительных механизмов будет истощен, в организме человека могут произойти необратимые изменения, способные привести к профессиональному заболеванию и смерти.

Такие случаи становятся предметом судебно-медицинской экспертизы, при проведении которой судебный врач опирается на знания физиологии труда, авиационной, космической, экологической физиологии. При оценке функций болезненно измененного или травмированного организма и, в частности, при судебно-медицинской оценке тяжести вреда, причиненного здоровью, требуются знания патологической физиологии.

Клинические дисциплины (хирургия, терапия, нейрохирургия, невропатология, гинекология, офтальмология, стоматология и т. д.) содержат знания, необходимые при проведении экспертизы состояния здоровья, доказательстве фактов симуляции и аггравации, оценке тяжести вреда, причиненного здоровью человека, определении роли заболеваний, способных усугубить развитие травматического процесса, диагностике, а также установлении формы, стадии и тяжести хронических заболеваний для оценки адекватности, своевременности, полноценности и эффективности проводимого лечения и т. п. Решение большей части этих задач составляет содержание судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам об ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения. Целый блок специфических вопросов, касающихся беременности, родов, абортов, девственности, последствий сексуальной агрессии, половой зрелости, способности к зачатию и вынашиванию плода, вскармливанию ребенка и т. д., составляет содержание таких видов судебно-медицинской экспертизы, как судебно-гинекологическая и судебно-акушерская. При оценке последствий различных химических воздействий, при диагностике отравлений важны знания клинической токсикологии, а при диагностике венерических заболеваний, определении времени и источника заражения — клинической венерологии. Для оценки последствий переливания иногруппной крови нужны сведения, составляющие содержание гематологии и клинической трансфузиологии. В ряде случаев у людей с повышенной чувствительностью к веществам самой разнообразной природы (некоторым лекарствам, бытовой пыли, ядам насекомых, земноводных и пресмыкающихся) при контакте с этими агентами могут возникнуть тяжелые аллергические реакции, иногда приводящие к смертельному исходу. Диагностика таких состояний возможна только с помощью знаний клинической аллергологии.

Практическая судебная медицина во многом решает диагностические задачи, поэтому ее связь с медицинскими дисциплинами, обеспечивающими диагностику (клинической биохимией, клинико-лабораторной диагностикой, рентгенологией (лучевой диагностикой), тепловизионной диагностикой и т. д.), достаточно органична. Наиболее часто и разнообразно в судебно-медицинских целях используются методы лучевой

Дизг
НаН₂
ПЗЦ
Т

остики (рентгеновский, ультразвуковой, магнитно-резонансный и т. Д.)- Они привлекаются для выявления у живых рентгенов повреждений костно-суставного аппарата, определения места приложения силы, направления и давности травматического воздействия, приведшего к образованию переломов или вывихов, поиска и установления локализации и свойств (Числа, формы, размеров и т. п.) находящихся в теле пострадавшего инородных тел, посторонних наслоений на поверхности кожи и одежде. Особое значение методы рентгеновской диагностики имеют при проведении экспертизы по отождествлению личности неизвестного человека, когда необходимо определить половые различия, возрастные изменения, индивидуальные признаки строения скелета и т. п. Широкое, частое и многоцелевое использование методов лучевой диагностики послужило основанием для выделения специальной отрасли судебной медицины — судебно-медицинской рентгенологии.

Медицинские дисциплины организационно-профилактического профиля создают в судебной медицине определенную научную базу для разработки таких проблем, как оптимизация штатно-организационной структуры и системы управления федеральной и региональной судебно-медицинской службой, совершенствование экспертно-диагностических технологий, создание основ взаимодействия судебно-медицинской службы с органами здравоохранения и правоохранительными структурами, организация комплексных исследований с привлечением специалистов разных профессий, уточнение содержания и разработка методик проведения судебно-медицинских экспертиз по уголовным делам о нарушении правил обращения с экологически опасными веществами и отходами, о нарушении правил безопасности при обращении с микробиологическими либо другими биологическими агентами и токсинами, о загрязнении вод и атмосферы, о нарушении санитарно-эпидемиологических правил, о несчастных случаях на производстве и т. д.

В продолжение вышесказаного нужно заметить, что нет ни одной и немедицинской дисциплины, знания которой в той или иной мере не эксплуатировались бы судебной медициной.

Физические знания используются в судебной медицине для понимания сущности и потенциальных поражающих свойств природных и техногенных физических факторов: механических, термических (высокой и низкой температуры), электри-

ческих (технического и атмосферного электричества), резких перепадов барометрического давления, акустических (инфра- и ультразвука разной мощности),¹ электромагнитных (световых лазерных, рентгеновских, радиационных) и др.; для понимания механизмов взаимодействия живого организма и мертвого биологического тела с окружающей средой; для получения судебно-медицинской информации на базе физических методов исследования (оптических, фотографических, измерительных, вычислительных, инструментальных, источников радиоволн, светового, рентгеновского и у-излучения); для создания моделей и экспериментального изучения поражающих свойств физических тел и явлений, а также процессов их взаимодействия с биологическими объектами и т. д. Хотя некоторые физические дисциплины на первый взгляд кажутся достаточно удаленными или лишенными всякой связи с судебной медициной (например, астрономия или метеорология), они используются тем не менее при решении прикладных задач. Так, в рамках одной из комплексных научных программ достоверно установлено существенное влияние неблагоприятных метеорологических факторов и повышенной солнечной активности на увеличение количества скоропостижных ненасильственных смертей от заболеваний (в основном сердечно-сосудистых), несчастных случаев, убийств и самоубийств. Такого рода примеры можно продолжить.

Химия позволяет углубить судебно-медицинские знания о сущности и поражающих свойствах ядов и агрессивных химических веществ; о сохраняемости химических веществ в окружающей среде и биологических объектах; о трансформации химических веществ в естественной природе и под влиянием разнообразных физических факторов; об изменении химической сущности веществ при их взаимодействии, усиливающем или ослабляющем их поражающие свойства; о взаимодействии химического объекта и живого организма; о методах химической диагностики отравлений, выявления ядов в биологических средах и т. д. Последние составляют содержание самостоятельной экспертной дисциплины — судебной химии.

Если согласиться с тем, что медицина является одним из ответвлений *биологии*, содержащей сведения о живой природе, происхождении, разнообразии, строении и функциях живых существ, их связях друг с другом и неживой природой,— то становится ясно, насколько необходимы медицине вообще и су-

Д6, в медицине в частности биологические знания и биологические методы исследования. Весьма показательно, что первые тематические попытки изучения живой природы предпринимались античными врачами Гиппократом и Галеном. Они занимались ботаникой и зоологией. В современной судебной медицине используются знания сравнительной анатомии (для дифференцирования видовой специфичности костной ткани, т. е. для установления отличия костей человека и животных), эмбриологии (для понимания сущности зарождения и развития живого организма), микробиологии и вирусологии (для понимания процесса влияния микроорганизмов на организм человека и их сосуществования с живым организмом и мертвым телом), паразитологии (для доказательства пагубного влияния на организм человека различных червей и насекомых, осуществляющих свою жизнедеятельность на поверхности и внутри живого организма), энтомологии (позволяющей устанавливать время наступления смерти по определенной стадии развития насекомых, уничтожающих мертвые биологические ткани), палеонтологии (позволяющей диагностировать условия и давность смерти при архидлительных сроках захоронения), генетики (позволяющей отождествлять личность человека по следам биологических тканей, устанавливать кровное родство), цитологии (открывающей возможности решения судебно-медицинских задач на клеточном и субклеточном уровнях).

Методы *биологической химии* и *биологической физики* расширяют возможности судебно-медицинской диагностики прижизненных и посмертных процессов в биологических объектах.

С помощью *точных наук*, и прежде всего *математики*, можно добывать исследовательскую информацию (например, применение методов проективной геометрии при идентификации личности по черепу или его рентгеновским изображениям, доказательстве тождества повреждающих предметов и т. п.), а также оценивать объективность и степень достоверности совпадающих и различающихся результатов. Методы математической статистики широко применяются при оценке количественных показателей. Специальные научные исследования показали, что для решения разных судебно-медицинских задач используются разные методы математического анализа — от упрощенной вариационной статистики до корреляционного, дисперсионного дисперсионного, кластерного анализа и др. Без

методов математической статистики невозможны создание и жсштуатурация компьютерных исследовательских и диагностических судебно-медицинских программ.

Философия в целом и *диалектическая логика* как один из ее разделов являются обязательной основой при осмыслении и интерпретации добытых судебно-медицинских фактов, выборе аргументов для обоснования экспертных выводов. Владение риторическими приемами и правилами ораторского искусства позволяет эксперту, выступающему в суде, быть понятным и убедительным.

Неразрывно связана судебная медицина с *юриспруденцией*. Во-первых, судебно-медицинские знания оказались востребованными только потому, что они понадобились для выявления II интерпретации медицинских фактов в интересах раскрытия и расследования преступлений, доказательства вины. Во-вторых, практическая судебно-медицинская деятельность осуществляется в строгих рамках процессуального законодательства, определяющих основания, порядок назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы, оформления ее результатов, а также порядок работы врача при проведении некоторых следственных мероприятий: осмотра места происшествия, следственного эксперимента, изъятия образцов для сравнительного исследования и др. Поэтому неудивительно, что одним из элементов, составляющих содержание судебной медицины, являются «процессуальные основы судебно-медицинской экспертизы», включающие не только нормы закона и ведомственные инструкции, регулирующие проведение экспертизы, но рекомендации, направленные на оптимизацию взаимодействия судебно-медицинских и правоохранительных структур.

Многочисленные источники судебно-медицинских знаний, демонстрируя тесную связь судебной медицины с другими дисциплинами и отраслями знаний, отнюдь не лишают ее статуса самостоятельной медицинской дисциплины, поскольку знания трансформируются на самостоятельной методологической основе для решения самостоятельных задач, составляющих самостоятельный предмет деятельности.

Рассматривая систему судебно-медицинских знаний, необходимо остановиться на сущности таких понятий, как предмет и объекты судебно-медицинской экспертизы.

П р и н я т о с ч и т а т ь , ч т о п р е д м е т о м с у д е б н о й м е д и ц и н ы я в -
л я е т с я [п р а к т и ч е с к а я] д е я т е л ь н о с т ь , т . е . с у д е б н о - м е д и ц и н с к а я
э к с п е р т и з а . Э т а в ц е л о м п р а в и л ь н а я п о з и ц и я н е р а с к р ы в а е т
с о д е р ж а н и я п о н я т и я « п р е д м е т с у д е б н о й м е д и ц и н ы » , п о д к о -
т о р ы м с л е д у е т п о н и м а т ь в п е р в у ю о ч е р е д ь п р и к л а д н ы е и н а у ч н ы е
з а д а ч и , п о д л е ж а щ и е р е ш е н и ю в р а м к а х с у д е б н о - м е д и ц и н с к о й
э к с п е р т и з ы . В п р и к л а д н о м о т н о ш е н и и э т и з а д а ч и о п р е д е л я ю т -
с я п р о ц е с с у а л ь н ы м з a k o н o м (У П К Р С Ф С Р) , п р е д п и с ы в а ю щ и м
н е o б х o д и м о с т ь и с п o л ь з o в а н и я с у д е б н о - м e d и ц и н с к и х з н a н и й
п р и р а с к р ы т и и р a c c л e d o в a н и и т e x и л и и н ы x п р e c t y п л e н и й .
C т a т ь я 79 У П К Р С Ф С Р o п р e d e л я e т п е р e ч e н ь з a d a ч , д л я p e ш e -
н и я к o t o p ы x п p o в e d e н и e э к c п e р т и з ы я в л я e т c я o б я з a т e л ь н ы м . В
и x ч и c л e — y c t a н o в л e н и e п р и ч и н ы c м e р т и и x a p a k t e p a т e л e c н ы x
п o в p e ж д e н и й , а т a k ж e в o з p a c t a o б в и н я e м o г o , п o d o з p e в a e м o г o ,
п o т e p п e в ш e г o . Э т и и м п e r a т и в н ы e т р e б o в a н и я з a k o н a o п p e d e л -
я ю т т p и o c н o в н ы x б л o к a п p o б л e м , p a з p a б a t ы в a e м ы x с у д e б н o й
м e d и ц и н o й , т . e . я в л я ю щ и x c я п р e d m e t o m e e д e я t e л ь н o c т и :
с у д e б н o - м e d и ц и н с к а я x a p a k t e p и c t и k a п o в p e ж д e н и й , c м e р т и и
л и ч н o c т и ч e л o в e к a .

Судебно-медицинская характеристика повреждений вклю-
чает в себя сведения о морфологическом и функциональном
разнообразии повреждений, свойствах травмирующего пред-
мета, механизме и времени образования повреждения, отразив-
шихся в нарушениях структуры и функции организма, вызван-
ных внешними воздействиями, а также о методах, позволяю-
щих с необходимой полнотой выявлять эти сведения и давать
им обоснованную экспертную оценку. Совокупность этих зна-
ний обозначается как *судебно-медицинское учение о повреж-
дениях, или судебно-медицинская травматология*.

Судебно-медицинское изучение смерти складывается из до-
казательств факта, причины и времени гибели живого орга-
низма, влияния на мертвое тело факторов живой и неживой при-
роды, из методов, позволяющих добывать эти доказательства и
давать им адекватную экспертную оценку. Совокупность этих
научных сведений обозначается как *судебно-медицинское
учение о смерти и посмертных процессах, или судебно-
медицинская танатология*.

Человек отличается от других людей индивидуально непо-
вторимым комплексом анатомических, функциональных, пси-
хологических и психических признаков. Совокупность научных

данных об этих признаках, способах их выявления и оценки составляет *судебно-медицинское учение о личности*.

Наряду с судебно-медицинским учением о повреждениях смерти и идентификации личности предметом судебной медицины является *разработка приемов, способов и методов обеспечивающих оптимальное использование упомянутых знаний на практике, т. е. при проведении судебно-медицинской экспертизы, составляющей заключительный раз. дел судебной медицины*.

Объектами судебно-медицинской экспертизы являются *живой человек, мертвое тело (труп) или его части, вещественные доказательства* (приобщенные к уголовному делу предметы со следами биологического происхождения либо сами следы, а также травмирующие предметы или агрессивные вещества). Иными словами, можно считать, что к объектам экспертизы относятся *повреждающий фактор и его следы* (повреждения, наслоения и др.), а также *человек, его следы и отображения*. В большинстве учебников и руководств по судебной медицине выделяют дополнительный объект — материалы дела. К ним относят Истории болезни, амбулаторные или стоматологические карты, медицинские справки, электрокардиограммы, протоколы патологоанатомического вскрытия трупа, свидетельства о смерти, протоколы осмотра места происшествия, транспортного средства и др. Внимательное изучение этих документов показывает, что содержащиеся в них сведения касаются либо живого человека, либо трупа, либо вещественного доказательства, т. е. речь идет о трех уже упоминавшихся объектах. Отличие заключается лишь в том, что изучение по документам является не прямым исследованием объекта, а опосредованным, по ранее зафиксированным характеристикам.

Продолжая обсуждение вопроса о системе судебно-медицинских знаний, вспомним, что прошло более **100** лет после публикаций А. Генке (1821) и С. А. Громова (1832), прежде чем судебные медики вновь обратились к этому вопросу. М. И. Авдеев в 1949 г., будучи не удовлетворенным пестротой изложения судебной медицины в отечественных и зарубежных изданиях, пришел к вполне обоснованному выводу о том, что единая система изложения судебной медицины еще не разработана, не обоснована, и предложил свое видение этой проблемы в учебнике судебной медицины для слушателей Военно-юридической

Ии, изданном в 1949 г. В ряде последующих изданий^{а ^ П - 1953}) он уточнил некоторые непринципиальные положения и в окончательном виде представил свою систему в фундаментальном «Курсе судебной медицины» (1953):

Введение. *Определение судебной медицины, предмет, система и метод судебной медицины.*

Часть первая. *История судебной медицины.*

Часть вторая. *Процессуальные и организационные положения в области судебно-медицинской экспертизы.*

Часть третья. *Расстройство здоровья и смерть от различных видов внешнего воздействия.*

Часть четвертая. *Судебно-медицинское исследование (экспертиза) живых лиц: экспертиза несмертельных повреждений, состояния здоровья, искусственных и притворных болезней, полового состояния, беременности, родов, аборта, при половых преступлениях, возраста и тождества личности.*

Часть пятая. *Судебно-медицинское исследование (экспертиза) трупа: учение о смерти и трупных явлениях, осмотр трупа на месте его обнаружения, судебно-медицинское вскрытие трупа, эксгумация, исследование измененных трупов, опознание и реставрация трупа, судебно-медицинская экспертиза насильственной смерти (в связи с преступным абортom), скоропостижной и внезапной смерти, трупов новорожденных, при исследовании самоубийств.*

Часть шестая. *Экспертиза вещественных доказательств: крови, волос, выделений и биологических тканей.*

Часть седьмая. *Судебно-медицинская экспертиза по делам о привлечении к уголовной ответственности медицинского персонала и экспертиза по материалам дела.*

Трудно переоценить значение этого вклада М. И. Авдеева. После С. А. Громова (1832) это была вторая попытка осмыслить одно из фундаментальных теоретических положений — систему предмета судебной медицины. М. И. Авдеев привлек внимание к необходимости изучения теоретических основ судебной медицины. Обобщающий анализ отечественных и зарубежных публикаций позволил ему сгруппировать судебно-медицинские знания, отсеять несвойственное этой дисциплине и положить оригинальную последовательность ее изложения.

Пожалуй, впервые были дифференцированы и четко обозначены основные проблемы, составляющие содержание судебной медицины. Если предшественники акцент делали на углубленном изучении частных вопросов судебной медицины, то М. И. Авдеев устремил свои усилия на изучение судебной медицины как научной дисциплины в целом. Его целью было создание обоснованной системы предмета судебной медицины. Последователи М. И. Авдеева, познававшие судебную медицину по трудам своего учителя и сами впоследствии становившиеся педагогами, полностью доверяя его авторитету, неизменно подчеркивали его приоритет в создании системы предмета судебной медицины. Причисляя себя к их числу, тем не менее позволим себе высказать некоторые соображения.

Несомненно, достижение М. И. Авдеева было в определенной мере революционным. Он завершил процесс **анализа судебно-медицинских знаний**. По существу, он подвел итог аналитическому этапу развития судебной медицины, предложив последовательный перечень проблем, составляющих ее содержание. Но это, к сожалению, был лишь перечень (!) без внутренних связей и взаимного соотношения проблем, т. е. всего того, без чего невозможна система. Следовательно, им был дан лишь толчок к началу следующего этапа изучения методологических аспектов судебной медицины — *этапа синтеза судебно-медицинских знаний*.

Для того чтобы приступить к синтезу судебно-медицинских проблем, нужно оценить вкладываемое: в них содержание, преодолеть традиционность терминов и определений хотя бы основных понятий.

Сам по себе термин «введение» как вступительная часть изложения какого-то предмета не вызывает возражений. Во введении уместно подчеркнуть цели, задачи и значение дисциплины. Введение — это своеобразное приглашение к изучению предмета, но еще не само изложение предмета. Включенные во введение М. И. Авдеевым определение судебная медицина, ее предмет, система и метод являются фундаментальными методологическими положениями и составляют теоретические основы этой науки. История судебной медицины позволяет понять, как она зарождалась и развивалась, выявить источники знаний, принципы взаимодействия с другими медицинскими и немедицинскими науками. Поэтому обозначение последова-

тельности изложения перечисленных вопросов в наибольшей степени соответствует понятию «теоретические основы судебной медицины» (понятие «судебная медицина», ее предмет, объекты, система знаний, метод и история). Это должно стать *первым разделом* судебной медицины.

Как уже было показано, нелогично предпосылать изложению судебной медицины рекомендации по применению судебно-медицинских знаний на практике, в частности рекомендации процессуального и организационного порядка. Тем более нет оснований разрывать изложение вопросов судебно-медицинской экспертизы, представленных во второй, четвертой и последующих частях «Курса судебной медицины» М. И. Авдеева.

Проблемы судебно-медицинской травматологии, танатологии и идентификации личности представляют собой исходные базовые знания, которые могут использоваться при исследовании (экспертизе) разных объектов: живых людей, трупов и вещественных доказательств. Поэтому изложение этих сведений должно предшествовать рекомендациям по их практическому применению. Приступая к обоснованию системы предмета судебной медицины, необходимо учесть два принципиальных положения: а) должна быть проведена четкая грань между базовыми теоретическими знаниями и практикой — судебно-медицинской экспертизой; б) при изложении судебной медицины сначала должны быть представлены пропедевтические знания и лишь затем рекомендации по их практическому использованию. Следовательно, *вторым, третьим и четвертым разделами* судебной медицины должны быть судебно-медицинское учение о повреждениях, судебно-медицинское учение о смерти и посмертных процессах, судебно-медицинское учение о личности соответственно. При этом общей методологической основой для понимания сущности и содержания этих трех проблем являются приведенные выше теоретические основы судебной медицины.

Практическое применение судебно-медицинских знаний осуществляется в рамках судебно-медицинской экспертизы. Поэтому *пятый (и последний) раздел* судебной медицины должен быть посвящен разработке и изложению всего круга вопросов, которые составляют порядок, предмет, объекты и содержание судебно-медицинской экспертизы: процессуальные и организационные основы этого вида экспертизы, судебно-меди-

цинскую экспертизу живых людей, трупов, вещественных доказательств, по материалам дела и по уголовным делам о профессиональных правонарушениях медицинских работников. Впервые система предмета судебной медицины, показавшая ее составные элементы во взаимной зависимости, была опубликована автором настоящего издания в 1985 г. С непринципиальными коррективами она представлена в виде схемы 2.



Схема 2. Система предмета судебной медицины

ПОЗНАНИЕ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ (система методов познания)

Познавательный процесс в судебной медицине и других отраслях знаний принципиально не отличается. В его основе лежит взаимосвязанная совокупность методов: диалектический материализм как всеобщий метод познания, общие методы, присущие практически любой отрасли знаний, частные методы, заимствованные в других дисциплинах, специальные методы судебной медицины (схема 3). С помощью этих методов добываются факты, которые оценивают, используя законы логики.



Схема 3. Система методов познания в судебной медицине

Философия и медицина находятся в неразрывной органической связи, которая была predetermined, такими великими врачами и мыслителями, как Гиппократ (ок. 460 -ок. 370 гг. до н. э.), Платон (428 или 427-348 или 347 гг. до н. э.), Аристотель (384-322 гг. до н. э.), Теофраст (372-287 гг. до н. э.), Асклениад (128-56 гг. до н. э.), Гален (ок. 130-ок. 200 гг. до н. э.), Фракастро (1478-1553), Парацельс (1493-1541), Бэкон (1561-1626), Гельмонт (1577-1644), Декарт (1596-1650), Гегель (1770-1831) и др. Рассматривая сложные процессы в живом организме, они постулировали в качестве фундаментальных положения об объективности и изменчивости изучаемых объектов и процессов. Это были зачатки материалистической диалектики — универсальной методологии познания (*methodus* -- прием, способ, метод, путь к чему-либо, *logos* — наука; иначе говоря, методология — наука о путях познания). Универсальность диалектического материализма заключается в том, что его содержание составляют общие законы, приемы и способы мышления и познания окружающего мира. Однако универсальность нельзя понимать как некую обезличенность. Удивительное свойство! материалистической диалектики заключается в ее применимости к решению специальных задач. Диалектику не следует поднимать как методологию, стоящую над другими частными и специальными методами. Суть их взаимоотношений заключается в глубоком взаимном проникновении, обеспечивающем

ешение строго прикладных задач на основе общих законов выявления, изучения и оценки фактов. Правильная оценка факта в соответствии с действительностью предполагает следование ряду принципов, отражающих в своей совокупности сущность познания: объективность, познаваемость, развитие, причинность (детерминизм), единство теории и практики,.

В основе *принципа объективности* лежит постулат реального существования окружающего мира независимо от сознания. Следует подчеркнуть, что окружающий мир в данном случае рассматривается по отношению к сознанию и включает в себя живую и неживую природу, макро- и микромир, внешнюю и внутреннюю среду организма. Принцип объективности связан с понятиями абсолютной, относительной и конкретной истины, познание которой происходит через изучение объекта исследования. Например, невозможно определить давность образования повреждения (истина), не изучив характеристики самого повреждения (объект исследования).

Принцип познаваемости тесно связан с предыдущим базовым положением и отражает возможность проникновения в сущность объективно существующих предметов, веществ, процессов и явлений. Само познание — это процесс отражения и воспроизведения действительности в мышлении, что возможно лишь субъектом познания. Отсюда вытекает положение о том, что познание осуществляется только при взаимодействии объекта и субъекта исследования. Процесс познания идет от установления и регистрации явления к установлению его сущности — через чувственное восприятие к рациональному, т. е. разумному (*rationalis* — разумный, *ratio* — разум). Очевидно, что достигнуть абсолютной истины нельзя, поэтому и процесс познания бесконечен. Однако столь же бесспорно, что истина относительна и конкретна. Следовательно, познание происходит путем перманентного расширения представлений о сущности объекта. Идентифицировать личность человека можно путем узнавания (опознание), когда представление об объекте складывается из сопоставления его внешнего облика со зрительным образом, сохранившимся в памяти опознающего (субъекта опознания), — это наиболее упрощенный (примитивный) уровень решения задачи. Более глубокое проникновение в сущность отождествляемой личности происходит на базе судебно-антропологического и судебно-медицинского исследова-

ния, выявления общих и частных признаков личности, создающих в своей совокупности индивидуально неповторимый комплекс медико-биологических характеристик человека. Процесс идентификации может быть продолжен с привлечением методов сомато-генетического анализа, что позволяет составить еще более полное представление о личности человека (объекте исследования) и тем самым расширить сферу познания. Следует подчеркнуть, что на каждом из трех приведенных этапов изучения личности человека достигалось более обстоятельное, объективное знание о тех или иных характерных свойствах личности. Однако после каждого этапа сохранялась возможность познания все новых и новых признаков, свойственных конкретному человеку (запах, голоса и т. д.). Это и является отражением бесконечности процесса познания.

Одним из кардинальных в процессе познания является **принцип развития**. Любой объект, предмет или явление в каждый следующий промежуток времени меняется: объекты неживой природы в основном в силу внешних влияний, а биологические объекты под воздействием и внешних и внутренних причин. Развитие живых биологических объектов может иметь как положительный вектор (эволюция, развитие), так и отрицательный (инволюция, старение). Изменение объекта может зависеть и от постоянно действующих влияний (возрастные процессы развития и старения живого организма), и от случайных воздействий (попадание предмета из воздушной среды в водную, кислотную и т. д.). Принцип развития имеет первостепенное значение при проведении судебно-медицинской экспертизы, в ходе которой, как правило, осуществляется ретроспективный анализ. Проследим это на примере установления прижизненного[™] и давности образования повреждений. Для правильного решения этой задачи надо знать, какие факторы влияют на повреждение сразу же после его образования: вид травмы (колото-резаная рана, огнестрельная или иная), число повреждений и их объем (ушибленная рана предплечья или отрыв руки в результате взрыва), клиническое течение повреждений (типичное, стандартное или с осложнениями, например инфекционными), характер лечения (местные перевязки, хирургическая операция и др.), пол, возраст, заболевания, другие повреждения, функциональное состояние травмированной части тела, влияние окружающей среды и многое другое. Каждый

из этих факторов ускоряет или замедляет цикл развития прижизненной травмы и, следовательно, должен учитываться при определении времени образования повреждения.

Обращая внимание на «развитие» изучаемого объекта, следует заметить, что характеризующие его свойства обладают лишь относительной изменчивостью, что сохраняет возможность познания сущности объекта.

В неразрывной связи с принципом развития находится **принцип причинности (детерминизма)**, основу которого составляет положение о всеобщей универсальной связи и взаимной обусловленности процессов и явлений, о закономерности причинно-следственных отношений. В приведенном выше примере недостаточно констатировать факт изменения исследуемого объекта (повреждения), нужно установить причины произошедших изменений, связь тех или иных факторов (свойств самого организма, факторов окружающей среды) с наступившими изменениями, степень воздействия на исходные характеристики повреждения каждого отдельного фактора и их совокупности.

Принцип единства теории и практики предполагает^ до-
полнение предметно-чувственного изучения конкретного объекта или явления теоретическими представлениями о сущности и развитии таких же объектов или явлений, и наоборот. С одной стороны, исследуя объект, выявляют характеризующие его свойства, сравнивают их с теоретически установленными фактами и закономерностями происходящих процессов, с другой — стороны, обобщая результаты практических наблюдений, выявляют новые закономерности, дополняющие теоретические знания о предмете или явлении. Ярким примером служит каждодневная диагностическая работа судебно-медицинского эксперта. Обследуя живого человека или мертвое тело, врач находит отклонения от нормы (симптомы, синдромы, морфологические изменения тканей и органов), определяет их сущность, сопоставляет с теоретическими знаниями о различных повреждениях и заболеваниях и формулирует диагноз, т. е. составляемое по определенным правилам краткое заключение о состоянии здоровья живого человека или предшествовавшем смерти состоянии здоровья погибшего человека. Могут встретиться отклонения от типичного развития болезни, затрудняющие или делающие невозможной прижизненную диагностику на базе

существующих теоретических предпосылок. В таких случаях осмысление новых замеченных симптомов или иных объективных проявлений болезни дополнит теоретические знания, выведет их на более высокий уровень, который обеспечит в последующем более эффективное решение подобных диагностических задач.

В судебной медицине, как и в других отраслях знания, широко используются общие для разных научных дисциплин методы: наблюдение, описание, измерение, вычисление, обобщение, группирование, моделирование, экспериментирование и др.

Наблюдение — это целенаправленное восприятие предмета, процесса или явления. Наблюдение может быть прямым¹, осуществляемым с помощью невооруженного органа зрения, или опосредованным, когда для получения информации используется специальная техника: микроскопы, электронные преобразователи, рентгеновская аппаратура, приборы ночного видения и др. Наблюдение непосредственно связано с описанием.

Описание — это функция научного исследования, состоящая в фиксировании результатов наблюдения, эксперимента, опыта с помощью определенных систем обозначения. Так, трупы людей, личность которых неизвестна (неопознанные трупы), описывают по системе «словесного портрета», предусматривающей определенную полноту и строгую последовательность изложения. Объективное и систематическое описание осуществляют при описании повреждений, последовательно отмечая их местоположение (локализацию), форму, размеры, края, концы, стенки, дно, посторонние наслоения по краям, в глубине и вокруг раны, а также другие морфологические особенности.

Измерение — это совокупность действий с целью получения числового значения исследуемой величины в принятых единицах измерения. Для этого используют различные измерительные средства: приспособления, эталоны, приборы и др. Измерение может быть прямым (градуированной линейкой, угломером, термометром и т. д.) и косвенным, определяющим зависимость искомой величины от измеренной с помощью математических формул, уравнений. В соответствии с двумя способами измерения существуют измерительные приборы прямого действия, позволяющие регистрировать значение измеряемой ве

личины путем ее преобразования (например, преобразованием электрической величины в механический показатель), и приборы сравнения, в которых измеряемая величина сопоставляется (сравнивается) с соответствующей эталонной (стандартной) мерой (весы, потенциометр и т. п.). Измерения, в ходе которых получают числовые значения, в ряде случаев являются предварительным этапом вычисления.

Вычисление — это совокупность математических действий по обработке числовой информации. В недавнем прошлом для вычислений использовали ручной способ, конторские счета (их прообраз — абак использовался еще древними греками), арифмометры и другие простейшие механические средства. Сейчас для этих целей имеется техника: электронные калькуляторы, номограммы, сложные вычислительные машины, приборы и устройства. Введенные в вычислительные машины математические программы, формулы и уравнения, описывающие какой-либо процесс в многообразии его отношений с элементами окружающей среды и априорно заданными условиями, позволяют в считанные минуты получить количественную и пространственную характеристику изучаемого явления в конкретной статической или динамической обстановке. Проводя вычисления, широко используют методы математической статистики, позволяющие оценить надежность и точность выводов на основании ограниченного объема числовой выборки, определить достаточность числа опытов при экспериментальном изучении какого-то процесса или явления, количественно оценить сходство или различие сравниваемых объектов или их следов, определить величину возможной ошибки среднего конечного результата, установить значимость влияния одного фактора либо их совокупности на возникновение, развитие и устойчивость тех или иных характеристик исследуемого объекта и т. п.

Обобщение — это объединенное абстрактное исследование сходных по сущности объектов и явлений в целях получения новых знаний об их статистических и динамических свойствах, механизмах возникновения, развития и исследования, отношениях между собой и окружающей средой и др. В процессе обобщения формируются новые понятия, создаются классификации, выявляются закономерности, создаются теории и т. д. Обобщение как метод широко используют в научных работах. В то

же время он довольно часто применяется и на практике, в частности при проведении судебно-медицинской экспертизы. Так, систематическое обобщение результатов судебно-медицинской экспертизы автотранспортных происшествий позволяет выявить общие черты повреждений (комплексов повреждений), свойственных тому или иному виду автомобильной травмы: столкновению человека с движущимся автотранспортом, травмам в кабине автомашины, переезду через тело колесом и др.

Моделирование — исследование предметов, процессов или явлений путем построения и изучения их аналогов (образов, моделей). Моделирование базируется на таких кардинальных положениях, как изоморфизм (соответствие объектов, выражающееся в тождестве их строения), аналогия (сходство нескольких объектов в каких-либо свойствах), теория подобия (учение об условиях соответствия друг другу физических явлений), подобие физическое (пропорциональное соответствие друг другу двух и более физических явлений во времени и пространстве), подобие геометрическое (пропорциональное соответствие формы двух и более $F^{иг}УР$ или тел), конгруэнтность (совпадение формы и размеров двух и более тел или фигур).

В судебной медицине к моделированию прибегают в тех случаях, когда познание объекта становится возможным лишь после воссоздания его материального или логического (мысленного, идеального) образа. Это происходит гораздо чаще, чем принято считать. Так, в медицинской практике, давая характеристику свойств травмирующих предметов по особенностям исследуемых повреждений, каждый раз создают, по меньшей мере, идеальный (логический, мысленный) аналог.

Модель (в прикладном экспертном смысле) — это любой образ изучаемого объекта, используемый в качестве «заместителя» или «представителя» оригинала. Модель может быть пространственно относительно устойчивым телом или закономерно развивающимся процессом с последовательно чередующимися этапами, стадиями, фазами. Модель (образ) может быть мысленной или условной (изображение, описание, схематический рисунок, чертеж, динамический процесс, математическое уравнение и др.). Учитывая форму, размеры, структурные и иные характеристики повреждения, можно воссоздать вначале мысленную, затем графическую и наконец натурную модель (образ) травмирующего предмета. Зная динамические законо-

мерности охлаждения трупа, сущность и степень влияния на это трупное явление различных факторов окружающей среды, вполне можно построить систему математических уравнений, которые способны описать динамику этого процесса (математическая модель последовательного охлаждения мертвого тела). Сопоставляя динамику охлаждения конкретного трупа, находящегося в реальной обстановке, с теоретической моделью этого процесса и внося в нее значения факторов данной обстановки, оказывается возможным путем несложных вычислений и сопоставлений установить время наступления смерти. Приступая к моделированию, следует отдавать себе отчет в том, что воссоздаваемая модель (образ) никогда не может быть отождествлена с оригиналом. Это лишь его отдаленный или более близкий аналог. Модель объекта наиболее часто используется при экспериментальном решении той или иной задачи.

Экспериментирование — это вид чувственно-предметной деятельности в рамках заданного опыта по воспроизведению объекта познания, проверке гипотезы и т. п. Ни следователь, ни эксперт никогда не присутствуют при совершении преступления (случайное присутствие в соответствии с действующим процессуальным законодательством лишает их права проводить расследование или экспертизу). Между тем перед экспертом всегда стоит задача реконструкции некоторых условий происшествия. Например, при изучении нанесенных пострадавшему повреждений следует установить свойства травмирующего предмета, представить себе, как он действовал, в какое время нанесена травма. Многие из этих задач решаются путем сопоставления выявленных свойств исследуемого повреждения с соответствующими сведениями из специальной судебно-медицинской литературы о характерных видовых и специфичных свойствах сходной категории повреждений (метод аналогии). Таким же образом поступают при установлении причины смерти, давности ее возникновения и др. В приведенных примерах, по существу, проводится мысленный эксперимент.

В то же время некоторые процессы и механизмы взаимодействия достаточно сложны для мысленного воспроизведения, особенно если на эти процессы в единичном случае влияют различные привходящие обстоятельства. Так, существуют обстоятельные наглядные альбомы с изображением распределения огнестрельных повреждающих факторов (копоти, пороши-

нок, частиц металлов и др.) на мишенях, находившихся в момент выстрела на разных расстояниях от дульного конца оружия. Однако пользоваться таким пособием на практике нужно с большой осторожностью, так как упомянутые изображения позволяют получить лишь предварительное, ориентировочное представление об изучаемом явлении, поскольку на отложение копоти, частиц металлов и порошинок оказывают влияние не только образец, но и экземпляр примененного огнестрельного оружия (оружие может иметь разную степень износа ствола, быть или не быть смазанным перед стрельбой и т. д.), и партия примененных боеприпасов (здесь отличительную роль может играть давность изготовления, условия хранения и т. д.), и характеристики поврежденной одежды (гладкая или ворсистая, сухая или влажная и т. п.), и многие другие факторы. Несомненно, что результаты эксперимента будут настолько приближены к истине, насколько полно будут учтены при его подготовке и проведении всевозможные влияния. Эксперимент нужно неоднократно повторить, чтобы проверить и оценить устойчивость получаемых результатов. В ходе эксперимента могут быть использованы технические средства, призванные обеспечить объективную фиксацию необходимых явлений и необходимую точность измерений. Правильно проведенный повторный эксперимент должен привести к результатам, полученным при первичном опыте. При наличии различий оценивают их значимость (как правило, с помощью математико-статистического анализа). При наличии существенных различий необходим поиск причин, обусловивших обнаруженную разницу. Подобные эксперименты относятся к разряду натуральных.

Эксперименты могут носить проверочный и поисковый характер. В ходе проверочного подтверждается или опровергается заданная гипотеза. Так, при наличии у пострадавшего одного колото-резаного повреждения следствием представляются несколько предполагаемых орудий травмы. После нанесения каждым из них серии экспериментальных повреждений с соблюдением условий возникновения исследуемой колото-резаной раны проводят сравнительное изучение сопоставляемых повреждений и выбирают из представленных одно орудие или исключают их все из числа вероятных повреждающих предметов.

Цель поискового эксперимента — установить неизвестное явление при наличии ряда известных объективных обстоя-

тельств. Например, определение концентрации паров отравляющего вещества на разных по высоте уровнях замкнутого пространства при определенных температурных, влажностных и конвекционных условиях в последовательно увеличивающиеся промежутки времени.

Специалист проводит эксперимент в рамках научного исследования или судебной экспертизы. Правила и порядок подготовки и проведения эксперимента определяются научными или практическими целями и задачами. В практике расследования уголовных дел проводится следственный эксперимент, цель которого — установить фактические данные путем воспроизведения обстановки (обстоятельств) расследуемого события. Порядок проведения следственного эксперимента определяется строгими рамками процессуального закона. Принципиальное отличие экспертного и следственного эксперимента заключается в том, что результаты первого может оценить только специалист, а для оценки результатов второго специальные знания не требуются, поскольку устанавливаемые факты должны быть понятны всем участникам действия и зафиксированы следователем и понятыми путем чувственного восприятия (зрительного, слухового, обонятельного и др.).

К частным методам познания, используемым в судебной медицине, относят различные методики физического, химического, биологического анализа и точных наук. Выбор той или иной методики зависит от поставленных перед экспертом вопросов.

Из *физических методов* наиболее часто в судебно-медицинской практике используют широкий спектр оптических методов. При этом пользуются разнообразными приборами — от простой лупы и биологического микроскопа до сложных оптических комплексов, включающих исследование в невидимой зоне спектра, в темном поле, поляризованном свете, при изменяемом направлении освещения, с использованием световодов, измерительной и сравнительной оптики. В необходимых случаях используется электронная микроскопическая и лазерная техника.

Не менее часто применяются методы лучевой диагностики — рентгено- и радиография. При этом явное предпочтение отдается рентгеновским исследованиям — рентгеноскопии, обзорной и прицельной рентгенографии, электрорентгеногра-

фии, рентгенографии с прямым увеличением рентгеновского изображения с помощью специальных приборов серии «РЕЙС» и «Электроника 100Д», микрорентгенографии, импульсной рентгенографии, томографии для послойного исследования внутренних структур объекта (в том числе и компьютерной томографии), ядерно-магнитному анализу и др. Для расширения информационной базы полученных рентгеновских изображений применяют универсальные анализаторы рентгенограмм, способные работать в режимах виртуально-объемного изображения, выделения заданных оптических плотностей, количественного и полуколичественного измерения оптических плотностей (денситометрии), дискретного цветного раскрашивания. Методы рентгеновской диагностики постоянно используются при решении целого ряда специальных задач судебно-медицинской травматологии и при идентификации личности.

Важные специальные задачи решаются с помощью методов спектрального анализа — микроспектроскопии и флюоресцентной микроспектроскопии (при работе с объектами судебно-биологической экспертизы), спектроскопии в инфракрасной зоне спектра, люминесцентного анализа, пламенной фотометрии, эмиссионного спектрального анализа, атомно-абсорбционного анализа (при решении медико-криминалистических задач), рентгенспектрального флюоресцентного анализа (при физико-техническом и судебно-химическом исследовании объектов).

Быстропротекающие процессы (например, взаимодействие пули и части тела человека в процессе формирования огнестрельного ранения) изучают, используя высокоскоростную киносъемку и импульсную рентгенографию в едином исследовательском комплексе с аппаратурой, регистрирующей скоростные и силовые параметры происходящих явлений.

Динамические процессы (чаще) и статические явления (реже) исследуют, прибегая к помощи кино- и видеоаппаратуры, которая может применяться как самостоятельно, так и в сочетании с компьютерной техникой. В последнем случае широко используют разнообразные исследовательские программы (например, при проведении портретной идентификации, совмещении прижизненных фотоснимков и посмертных рентгенограмм черепа и др.).

Методы химического анализа в судебной медицине в основном применяются для качественного и количественного

определения наличия в биологических тканях и средах организма поступивших извне ядовитых веществ, а также выявления источников этих веществ. Химические методы позволяют определять наличие; микроколичеств химических элементов в зоне огнестрельных повреждений как на мишенях (биологических и небιологических), так и в измеряемых микронами тонких гистологических срезах. Применяемые для решения судебно-медицинских задач химические методы чрезвычайно разнообразны — от методик классического капельного анализа и тонкослойной хроматографии до сложных анализов с использованием автоматизированных комплексов, снабженных компьютерно-программным обеспечением, позволяющим осуществлять газожидкостную хроматографию, хроматмасс-спектрометрию и др.

Однако, принимая во внимание биологическую сущность медицины вообще и судебной медицины в частности, можно априорно утверждать, что наиболее широко используются *биологические методы*. Занимаясь прижизненным диагностическим процессом (оценкой характера и вреда здоровью, правильности и полноценности диагностики и лечения), судебно-медицинский эксперт опирается на всю совокупность клинических методов — от визуального обследования до всестороннего клинιко-лабораторного и инструментального исследования. Для посмертной диагностики используются секционный метод (вскрытие трупа) и гистологический метод исследования трупа, кусочков его органов и тканей. При экспертизе объектов судебно-биологической экспертизы (следов крови, выделений, волос и др.) применяют иммунологические методы (от реакции преципитации до иммуноэлектрофореза), хромосомный и генетический анализ (для определения групповых характеристик и идентификации личности). Доказательство тождества личности требует многокомпонентного методического подхода, включающего кроме упомянутых микроостеологические, сравнительно-анатомические, энтомологические и другие биологические исследования.

Необходимо упомянуть и *методы точных наук*, прежде всего математики. Трудно представить себе современные судебно-медицинские исследования без различных вычислений и количественных оценок, осуществляемых методами математической статистики. Однако столь же необходимы и методы про-

ективной геометрии, входящие в арсенал приемов, применяемых при идентификации личности, определении позы и положения человека, погибшего от огнестрельного ранения, или нескольких людей, пострадавших при взрыве и т. д.

Ряд применяемых в судебной медицине методов находится на стыке рассматриваемых отраслей знаний: физико-химические (электрографический, цветных отпечатков, контактно-диффузионный и т. п.), биохимические, медико-криминалистические и т. д.

Однако приоритет в рассматриваемой системе познания принадлежит специальным методам, своим возникновением обязанным судебной медицине, перманентно развиваемым и совершенствуемым ею. Это — *судебно-медицинская реконструкция условий возникновения повреждений и судебно-медицинская идентификация личности.*

Для обоих специальных методов общими и специфичными являются цель, объект и предмет исследования.

Цель судебно-медицинского изучения повреждений — воспроизведение (реконструкция) условий их возникновения. Цель достигается решением трех основных задач (предмет исследования): определением свойств повреждающего фактора (предмета, вещества или явления), механизма его действия (места, направления, силы, кратности, последовательности и других характеристик травматического воздействия) и давности возникновения повреждения. Иначе говоря, необходимо ответить на три вопроса: что? как? когда? Эти вопросы не являются самоцелью. Но обязательное решение каждого из них необходимо для достижения главной цели — реконструкции условий возникновения повреждения, цели, являющейся эксклюзивным приоритетом судебной медицины. Еще одним специфическим условием является биологическая сущность исследуемого объекта — живого человека или мертвого тела, отличающегося особой изменчивостью не только в силу влияния условий окружающей среды, но и тех процессов, которые закономерно развиваются как в живом организме, так и в мертвой биологической теле.

Идентификация личности — одна из важнейших частных задач оперативно-розыскной, процессуальной и криминалистической деятельности. Эту задачу решает и судебная медицина. Но в отличие от перечисленных смежных дисциплин она раз-

рабатывает данную проблему по отношению к столь специфическому биологическому объекту, как человек. Именно у судебного медика есть исключительная возможность искать, находить и оценивать свойства исследуемого объекта с целью установления индивидуально неповторимого комплекса медико-биологических характеристик, определяющих личность человека, который постоянно меняется в течение жизни: вначале развивается, з. затем стареет. Глубинное понимание причинно-обусловленных закономерностей, лежащих в основе этих процессов, и использование их для отождествления личности составляет прерогативу судебной медицины и ее исключительное право на метод судебно-медицинской идентификации личности.

В основе оценки результатов, полученных всеми примененными методами исследования, лежат *законы формальной логики*. Каждый вывод, каждый тезис в научных или практических судебно-медицинских исследованиях должен быть аргументирован (мотивирован, обоснован). Залогом правильной оценки является следование основным положениям и законам логики.

В первую очередь должен быть создан, обработан и согласован основной понятийный аппарат, который призван обеспечить единое преемственное понимание одних и тех же предметов и явлений разными исследователями (субъектами познания). *Понятие* — форма мысли, отражающая познаваемый объект в его существенных объективных признаках. Существенным является признак, при отсутствии которого объект перестает существовать (тело меняет свою природу, химический состав, взаимосвязанные структурные характеристики к т. д., процесс или явление не воспроизводится). Следует отличать понятие как форму мысли от его словесного выражения в виде термина, который представляет собой субъективно придуманную лексическую конструкцию, в большей или меньшей степени отражающую суть существующего независимо от исследователя объективного понятия. Любое понятие характеризуется содержанием и объемом. Чем шире содержание понятия, чем больше характеристик оно включает, тем более узкую мысль оно отражает, тем меньший объем вариантов предлагает. Следует различать конкретные и абстрактные понятия, единичные и общие, положительные и отрицательные, соотносительные и безотносительные. Несколько понятий могут быть в

смысловом отношении полностью совпадающими (тождественными), взаимодополняющими (частично совмещенными), соподчиненными (одно является частью другого), взаимоисключающими (противоположными), взаимопротиворечащими.

Наряду с понятием важное значение имеет его определение, т. е. формулировка его сущности, отличающей и выделяющей его из ряда других, даже сходных. Единое содержательное понимание предметов, процессов и явлений открывает путь к взаимному пониманию разными субъектами познания. Определение всегда должно быть ясным, содержащим существенные характеристики определяемого объекта (тела, вещества, явления), лишенным тавтологии и неопределенных формулировок.

В судебно-медицинской практике постоянно эксплуатируют такую логическую категорию, как *суждение* — форму мысли, в которой утверждается или отрицается что-либо относительно предметов и явлений, их свойств, связей и отношений и которая обладает свойством выражать истину или ложь. И утверждение и отрицание может быть достоверным (истинным) или вероятным (допускающим и его истинность и его ложность). Достоверное (истинное) суждение не допускает двусмысленности, в то время как вероятность может быть выражена с разной степенью приближения к истине. Суждения используются в разных частях судебно-медицинского заключения: в исследовательской части (для фиксации наблюдаемой морфологической или клинической картины) и в выводах, которые не могут представлять собой ничего иного кроме суждения.

Оперируя понятиями и суждениями, эксперт составляет *умозаключение* — форма мышления или логическое действие, в результате которого из одного или нескольких известных и определенным образом связанных понятий и суждений получается новое суждение, в котором содержится новое знание.

Умозаключения могут носить непосредственный (превращение, обращение, противопоставление), индуктивный (от частного к общему) и дедуктивный (от общего к частному) характер, опираться при формулировке на аналогию, экстраполяцию, обобщение, абстрагирование, формализацию и т. д.

На любом промежуточном или завершающем этапе анализа, синтеза и оценки добытых результатов должны соблюдаться общие условия логически правильного мышления: определенность, непротиворечивость, последовательность и обоснован-

ность. Соблюсти эти условия помогают четыре основных закона логики: а) тождества (суждение об объекте должно быть постоянным на протяжении всего хода рассуждений); б) непротиворечия (два противоположных суждения об одном предмете не могут быть одновременно истинными); в) исключения третьего (два противоположных суждения об одном предмете не могут быть одновременно ложными); г) достаточного основания (всякая истинная мысль должна быть обоснована).

ИСТОРИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Основательных работ, посвященных истории мировой судебной медицины, к сожалению, нет. В учебниках и руководствах можно найти лишь краткие исторические сведения о развитии судебной медицины в разных зарубежных странах. Приятное исключение составляют работы отечественных ученых И. Ф. Леонова «О развитии судебной медицины отечественной и отношении ее к русскому законодательству» (1845), И. Чацкина «Несколько замечаний к истории судебной медицины в России» (1865), И. Зброжека «Краткий исторический очерк судебной медицины» (1867), А. К. Европина «Исторический очерк кафедры судебной медицины с токсикологией при Императорской военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии» (1898), В. А. Рожановского «Судбно-медицинская экспертиза в дореволюционной России и СССР» (1927), В. Н. Бокариуса «Н. И. Пирогов и судебная медицина» (1955), С. В. Шершавкина «История общественной судебно-медицинской службы» (1968), а также цикл публикаций Е. Х. Барина (1992-1998) и др.

Судебная медицина возникла, развивалась и оформилась в специальную медицинскую дисциплину в процессе совершенствования и развития правовых институтов общества. Потребность в судебной медицине появилась именно в то время, когда законодательно была закреплена возникшая в судебной практике необходимость использовать специальные знания для интерпретации доказательств медицинского характера. Конечно, судьи прибегали к опыту врачей и до этого, но эти обращения носили спонтанный характер и определялись во многом нравственно-профессиональными качествами и мудростью судьи либо острым общественным резонансом расследуемого дела.

Хотя в древних законах вавилонского царства XVII в. до н. э., религиозных и светских законах других стран VIII-II вв. до н. э. и предусматривались наказания за деяния, требовавшие медицинского осмысления (ошибки во врачебной практике, половые преступления, детоубийство, смертельные повреждения и др.), привлечение врачей в таких случаях не было ни обязательной, ни рекомендательной правовой нормой. Поэтому неудивительно, что в Древнем Риме вместо того, чтобы обратиться к врачу, тела убитых выставляли для всеобщего обозрения и каждый желающий мог предложить суду свою версию причины смерти и обстоятельств преступления (V-IV вв. до н. э.), а по «законам» Моисея состояние здоровья (например, при подозрении на проказу) следовало определять священникам.

И все-таки «медицинские семена» по-разному проросли на правовом поле разных стран.

По-видимому, наиболее ранними были инициативы по приглашению врачей к участию в законотворческой деятельности и правовой практике в Римской империи. Законы Ликурга (X-VIII вв. до н. э.) предусматривали медицинские исследования при определении мужского полового бессилия, физического состояния женщин, детей и рабов. Спустя три века там же в специальные правовые таблицы были включены, возможно впервые, судебно-медицинские правила по осмотру трупов людей, умерших от насильственных действий, определения законности родов, установления опеки над умалишенными, погребения трупов. Конкретизацией этих правил для практического использования в разное время занимались такие великие личности, как Гиппократ, Аристотель и Архимед. Они разрабатывали критерии определения срока беременности, живорожденности и жизнеспособности новорожденных, смертельных повреждений и отравлений. Мнения этих и ряда других врачей и мыслителей были учтены при составлении некоторых правовых норм при императорах Марке Антонии (83-30 гг. до н. э.), Адриане (76-138), Марке Аврелии (121-180), Септимии Севере (146-211). В VI в. по поручению императора Юстиниана (482-565) его министром Трибенианом все прежние законоположения были собраны в единый кодекс, который вошел в историю права как Кодекс Юстиниана. Именно в этом Кодексе было определено положение врача в судебном разбирательстве:

«врачи собственно не свидетели, они более судьи, чем свидетели» («*medici pop sunt propriae testes, seel magis est justicum quam testimonium**). Врачам предписывалось устанавливать смертельность повреждений, притворные болезни, факт аборта и др.

Таким образом, наблюдалось противоречие: с одной стороны, осознавалась потребность в медицинских знаниях при ведении судопроизводства, с другой — их было явно недостаточно. Между тем необходимость вынесения судебных решений подталкивала власть предрежащих на активные действия. Недостаток научных знаний привел к тому, что для получения признания, доказательства вины стали применяться пытки, использовались «духовные критерии», «языческие тесты» (например, прикосновение к трупам истинного убийцы должно было вызывать кровотечение из ран убитого; этот «признак» долгое время существовал под названием «Сандопалово кровотечение трупа»).

И все-таки медицинские знания постепенно (с исторической точки зрения весьма медленно) вытесняли приемы инквизиции. *Lex Salica* (Салический закон, или Салическая правда) в начале VI в. назначил денежное наказание за телесные повреждения в зависимости от тяжести причиненного вреда здоровью. К этому периоду относятся швабские (алеманновы) законы, согласно которым требовалось мнение врача при оценке различных повреждений, готские законы, регулирующие определение смертельности ранений, норманские акты о необходимости осмотра трупов в судебных случаях и т. д.

Сицилийский король Рожер II (1095-1154) разрешил вскрывать трупы людей в судебных целях. В 1209 г. каноническое право Римского Папы Иннокентия III (1161-1216) провозгласило исключительную компетентность врачей в суждениях о повреждениях. Это подтвердил позднее и Папа Григорий IX (1145-1241). В XIV в. французский монарх ввел королевскими указами (ордонансы — *ordonnances*) должность королевского хирурга при парижском суде. В итальянской Болонье с середины XIII в. городской врач Хуго Лукка давал судебно-медицинские заключения перед трибуналом. Первое публичное вскрытие трупа женщины осуществил в 1315 г. профессор Мокдини ди Луци. Еще через 60 лет это право получил медицинский факультет университета французского города Монюлье.

В азиатских странах первые издания по судебной медицине появились гораздо раньше, чем в Европе: Айюр-Веда в Индии (VII-VI вв. до н. э.) и компендиум Si Yuen Lu в Китае (1247-1248). Вот как описывает русский врач П. Я. Пясецкий, путешествовавший по Китаю, затруднительное положение китайских врачей при решении вопроса о причинах смерти в криминальных случаях: «В Китае никого не хоронят без свидетельства для свободного пропуска за городские ворота, но эти свидетельства выдаются не врачами, не полицией, а людьми особой касты — "гадальщиками на песке". Эта каста совершенно самостоятельная: она не подчинена в сфере своей деятельности местным мандаринам, лишь за исключением редких случаев, когда предполагается, что свидетельство выдано несправедливо, на фальшивых основаниях, когда, например, предполагается насильственная смерть, а ими об этом не объявлено. Тогда производится судебно-медицинское исследование, равно как в случаях смерти от повешения, утопления или какого-либо несчастия. Тогда свидетельство на похороны выдается не гадальщиками: но если при собирании показаний относительно' происшествия не находят свидетелей или соседи запираются, или дают сбивчивые ответы, то для разрешения вопроса опять приходится прибегать к гадальщикам. Это ясно показывает, как суеверие перепутывается в Китае с разумным, фантазия с действительностью. Гадатель, выдавая свидетельство о естественной смерти, определяет день, благоприятный для похорон, предсказывает будущую участь отлетевшего духа, назначает границу в пространстве, до которой он поднимется, прежде чем "превратится в дуновение ветра и унесется в поля и очаровательные сады стран благоденства". И назначение этой высоты, и выбор дня для похорон находятся, конечно, в зависимости от денежных условий с родными покойного. Чем больше платят за свидетельство, тем на большее время отодвигаются похороны, если родственники желают оставить при себе покойника возможно долее. Такой порядок вещей существует и во время самых страшных эпидемий, что нередко служит причиною многих смертей как в семье, так и в соседних домах.

Приведу теперь пример судебно-медицинского осмотра по поводу подозрения о насильственной смерти. Дело происходило в Пекине, в госпитале при английской Духовной Миссии. Осмотр производился на третий день после смерти, происшед-

шей вследствие драки, причем человеку был произведен перелом шейки бедра. Тело вынесли на двор; поставили стол и стулья для членов комиссии на таком расстоянии, чтобы можно было видеть тело и в то же время уберечь от неприятных ощущений обоняние. Один неважный чиновник сел к столу для записывания слов врача, производившего исследование; другие принесли чашки с водой и курильницы и поставили их перед мандаринами — членами комиссии. Началось исследование. Труп, лежавший на спине, окатили водой и вымыли, после чего кожа сошла. Исследователь приступил к делу при помощи палочек и начал с головы; внимательно осмотрел лицо, уши и рот; потом перешел к боковым поверхностям тела и конечностям, обращая особенное внимание на суставы. Не менее тщательно осмотрел ребра. Потом такой же осмотр был произведен над другой поверхностью тела. Это заняло с полчаса. Он подошел к столу, сообщил результат осмотра, и показания его были записаны. Потом все мандарины, заткнув ноздри бумагой и взяв в руки мокрые полотенца, подошли к трупу вместе с исследователем и долго смотрели, как легко двигалось бедро, и, прикладывая руку, слушали крепитацию (похрустывание. — В. Ж) осколков кости. Они о чем-то поговорили между собой, и исследование кончилось; причина смерти была определена и приговор объявлен. Пять человек, бывших виновниками болезни и последовавшей за ней смерти, присуждались: главный виновник к смертной казни задушением, один к ссылке на всю жизнь, остальные трое — на несколько лет. О вскрытиях трупов в Китае, где каждый покойник представляет до некоторой степени святыню, разумеется, и речи быть не может.

Если человек умирает на улице, труп его остается нетронутым (только прикрытым) до тех пор, пока не будет произведен осмотр. Он лежит иногда в продолжение нескольких дней в ожидании приезда мандарина для произведения описанного выше исследования; и мне не раз случалось видеть трупы на улицах, по которым проходила равнодушная толпа; невдалеке бегали и играли дети, и никто, казалось, не замечал его, никого не смущало это мертвое тело — словно присутствие его на данном месте было обыденным явлением.

Заговорив о судебной медицине, я упомяну еще о другом не менее интересном приеме, какой употребляется для определения родства найденного новорожденного ребенка. А именно: в

сосуд с водою пускают несколько капель крови, взятой от предполагаемого родственника (или родственников, когда их несколько) и от ребенка. Если капли сливаются, смешиваются, несомненность родства считается доказанною; если же не смешиваются, это служит доказательством противного. Но это еще ничего; в Китае решают вопросы еще более трудные, например определяют родство ребенка с его уже умершими родственниками. Найдена, положим, кость, и, для того чтобы узнать, кому принадлежит она, пускают каплю крови, изъятой от живого ребенка, принадлежащего к потомкам предполагаемого родственника, на исследуемую кость, и, если кровь впитывается последнюю, факт родства не подлежит сомнению, и наоборот!»¹.

Французский судебный медик XIX в. А. Лакассань выделяет в истории судебной медицины несколько периодов. Первый (он называет его фиктивным) простирается вплоть до появления законов Марка Антония и Андриана и не содержал каких-либо судебно-медицинских знаний. Второй — это период зачатков правового регулирования медицинской помощи в (судопроизводстве. Он продолжался до начала XVI в., когда участие медицинских специалистов при отправлении правосудия принимает систематический характер и регулируется законодательством, что дает толчок к бурному развитию судебной медицины. Третий этап открывает Бамбергский уголовный устав (1507), составленный И. Шварценбергом, который явился основой знаменитой Каролины — свода общегерманских уголовных законов (*Constitutio Criminalis Carolina*), о совершенстве которого свидетельствует то, что, выйдя в 1532 г., он просуществовал более двух столетий (до конца XVIII в.). Каролина предписывала приглашать врачей при рассмотрении уголовных дел о нанесении смертельных ран (артикулы 127, 129 и 135), о детоубийстве (артикулы 35, 36, 81), о выкидышах (артикул 133), об отравлениях (артикул 134), о душевном состоянии (артикул 179). К врачебным знаниям прибегали при необходимости определения возраста. Приглашаемые в суд врачи предварительно приводились к присяге.

Сходные законодательные акты начинают издаваться и в других европейских странах. В XVI в. появляется больше возможности исследования мертвых тел, расширяется исходная

¹ Пясецкий П. Я. Как живут и лечатся китайцы. М., 1882.

объективная база для судебно-медицинских суждений, специальные знания начинают прогрессивно накапливаться. Именно к этому периоду относятся труды француза Амбруаза Паре, итальянцев Фортунато Фиделиса и Паоло Закхеа.

Врачи стали выступать в судах. Им потребовалось углубить имеющиеся знания и получить новые научные сведения. Это не замедлило сказаться на активности ученых.

В Германии появляются сочинения И. Бона (1690; 1704), доктор Шрайер (1682) вспоминает о плавательной пробе Галена на живорожденность и вводит ее в секционную практику (см.: М. И. Авдеев, 1953), И. Тейхмайер издает «Установления судебной медицины» (1722), М. Алберти — «Систему медицинской юриспруденции» (1725), И. Гебенштрейт — «Судебную антропологию» (1755), И. Пленк — «Элементы судебной медицины и хирургии» (1781), «Токсикологию или науку о ядах и противоядиях» (1755), А. Генке — «Руководство по судебной медицине» (1821) (выдержало более 10 изданий). В середине XIX в. выходит «Практическое руководство к судебной медицине» И. Каспера, которое в 70-е годы было переведено на русский язык (1871). Позднее интересные учебники выпустили Ф. Штрассман (1901), К. Эммерт (1902), А. Шмидтманн (1905). В России хорошо известны учебники Б. Меллера (1975), А. Понсоляда (1967), Г. Ханзен (1954), П. Мюллера (1976), Г. Дитца (1965), В. Дюрвальда (1981), «Атлас судебной медицины» О. Прокопа и Г. Радама (1987), «Справочник судебной медицины» В. Раймана, О. Прокопа, Г. Гезерика (1985) и др. В 50-60-е годы XIX в. в Германии начинают издаваться журналы «Zeitschrift für Staatsarzteikunde», «Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin» (позднее он стал называться «Deutsche Zeitschrift für gesamte gerichtliche Medizin», а затем — «Zeitschrift für Rechtsmedizin»). В настоящее время судебную медицину достойно представляют В. Бонте (Дюссельдорф), Ф. Шнайдер и Г. Гезерик (Берлин), Б. Бринкман (Мюнстер), Р. Хелмер (Бонн), В. Леопольд (Эрфурт), К. Мюллер (Лейпциг) и др.

Основоположником судебной медицины в Великобритании считают Тейлора. Его «Судебная: медицина» вышла в свет в 1861 г. Существенный вклад в европейскую судебную медицину внесли Д. Глейстер (1902-1947), Д. Керр (1946), С. Симпсон (1952). В настоящее время успешно развивают британскую судебную медицину Дж. Кнайгт (Кардифф), Т. Маршалл (Бел-

фаст), Б. Родгер (Глазго), П. Ванецис (Лондон) и др. Из современных изданий представляют интерес: D. Di Maio a V. Di Maio «Forensic Pathology» (1993), J. Mason «Pediatric Forensic Medicine» (1989), J. Poison, D. Gee, B. Knight «Essentials of Forensic Medicine» (1985), D. Whittaker a D. MacDonald «A Color Atlas of Forensic Dentistry» (1989), W. Krogman a M. Jscan «The Skeleton in Forensic Medicine» (1996) и др. С 1901 г. издается журнал «Medico-Legal journal».

Во Франции кроме Амбруаза Паре весьма достойный вклад в судебную медицину внесли Орфиля (автор четырехтомного руководства по судебной медицине и токсикологии), Деверджи, Тардые, Бруардель, Лакассань, Шавиньи, Симонен, Мартин. Продолжают их дело наши современники Э. Бачинно (Монпелье), Д. Леком и М. Эвено (Париж), Д. Малихер и Л. Роже (Лион), П. Мангин (Страсбург) и др. В 50-е годы XIX в. А. Деверджи начал издавать судебно-медицинский журнал, который с 1922 г. назывался «Annales de medicine legale of de criminologie», с 1968 г. — «Medicine legale et dommage corporel».

Прекрасные судебно-медицинские традиции сформировались в Австрии. Учебники венского профессора Э. Р. Гофмана выдержали десятки изданий и были переведены на многие европейские языки. В разные годы пользовались заслуженным авторитетом австрийские ученые Колиско, Габерда, К. Рейтер, Ю. Краттер, Г. Бауэр, П. Лейнцингер, О. Леш, Г. Махата, Г. Сарго, В. Викудилик и др. С 1912 г. в Вене издается журнал «Beitrag zur gerichtliche Medizin».

Италия также богата давними судебно-медицинскими традициями, начало которым положили Ф. Фиделис и П. Закхеа. Итальянские ученые всегда выделялись оригинальностью исследований. Вспомним хотя бы У. Ломброзо (1835-1909), который пытался установить некие морфологические признаки («стигмы»), якобы характеризующие «преступный тип» личности. Содержательностью отличаются итальянские журналы «Zacchia» и «Archivio di antropologia criminale, psiquiatria e medicina legale».

Известны своими трудами судебные медики и других стран Европы: Тейхман, В. Грживо-Домбровский, В. Сьерадский, С. Хорошкевич, С. Шиллинг-Сьегалевич, В. Левинский, С. Манчарский, Я. Ольбрихт, А. Дубржинский, Т. Марчинковский, З. Марек, К. Поспишил, З. Пшибильский (Польша);

Я. Клаштерский, Я. Добренский, Ф. Лев, Х. Рут, М. Сикора, Н. Надерни, М. Попел, И. Рейнсберг, Ф. Гаек, Ф. Берка, Э. Кнобюх, В. Славик, Я. Тесарж, Л. Неорал, М. Мего (Чехия и Словакия); А. Чиуре, Г. Богдан, М. Миновичи, Н. Миновичи, С. Миновичи, В. Вавеш, М. Карнбах, В. Белиш, Г. Скриптару, В. Драгомиреску, К. Ташка (Румыния); А. Тодоров, И. Москов, М. Марков, Р. Василева, И. Попвасилев, С. Раданов (Болгария); И. Дьюла, Е. Шомоди, Ф. Коша, Я. Буриш, Р. Сотони (Венгрия); В. Оташевич, М. Тасич, Д. Попович, С. Добричанин, А. Дума (Югославия); Я. Якобсен, И. Симонсен (Дания); А. Пентилла, И. Хирвонен, П. Санио (Финляндия), Я. Харбисон (Ирландия); Р. Векнид (Люксембург); И. Гирстен, Т. Рогнум, Б. Тайге (Норвегия); И. Пинто да Коста, Д. Н. Виейра (Португалия); И. Е. АсПаррен, И. Инда, М. Лопее Николас, А. Луна, Э. Осуна, Е. Виллануева (Испания); А. Эрикссон, Т. Иохансон, Х. Клетте, Л. Раммер, Я. Шуберт, М. Валвериус (Швеция); Р. Дирнхофер, Н. Р. Гуйер, К. Леннард (Швейцария).

В Европе судебно-медицинские специалисты сосредоточены в институтах судебной медицины, которые организуются в университетах или при крупных клинических комплексах. Как правило, такие институты оснащены хорошей лабораторной базой, позволяющей выполнять судебно-химические, судебно-генетические, судебно-токсикологические, электронно-микроскопические исследования. Работающие в таких организациях судебные медики наряду с научной и педагогической работой выполняют все виды судебно-медицинских исследований трупов, живых людей и вещественных доказательств. При этом отношение к экспертизам весьма серьезное и ответственное. Так, в ряде стран (например, в Германии) исследование трупов в случаях убийств всегда проводится коллегиально, причем при обязательном участии директора института.

В США также существует система институтов судебной медицины с такими же функциями. Вместе с тем имеется и служба специальных следователей — коронеров, избираемых в одних штатах на три года, в других — на четыре. Они проводят дознание и исследование трупов в случаях насильственной смерти и смерти, подозрительной на насилие (экспертизу живых людей обычно выполняют врачи лечебных клинических организаций). Общегосударственных требований к базовому образованию коронеров нет, поэтому во многих штатах на эти

должности избираются граждане, не имеющие высшего медицинского образования. Лабораторные исследования сосредоточены в институтах судебной медицины. Идентификация личности производится в специализированных институтах, занимающихся комплексными судебно-антропологическими исследованиями (начиная с остеологических и завершая молекулярно-генетическими). Такие учреждения существуют, например, во Флориде, в армии США (на Гавайских островах). Разоблащенность судебно-медицинских институтов не всегда позволяет сосредоточить лучшие силы для выполнения экспертиз государственного уровня (примером могут служить организационная неразбериха и профессиональные упущения в деле об убийстве президента Дж. Кеннеди). В то же время нельзя не отметить высокий авторитет американских судебных медиков Р. Андерсона, Э. К. Гарсиа, Л. С. Харриса, Дж. Хорана, М. И. Фишкана, А. Лонгетти, Д. Мироника, Т. Ногучи, В. Стурнера, С. Туркела, В. Шпитца, Р. Фишера, М. Бадена, Л. Адельсона, Дж. Коэ, В. Мейплза и др.

Из специалистов других стран следует упомянуть профессоров М. Лайдли, Б. Ридоу (Алжир); С. Корднера, И. Нела, В. Филипса (Австралия); М. Момтаи (Бангладеш); Ф. Налхареса (Бразилия); П. Маркштейна (Канада); Э. Лихтенбергера (Колумбия); С. Абдель-Мегунда, К. Эль-Хуссини (Египет); Р. К. Шаттопадхаи, Р. Х. Сехарен (Индия); Я. Бунаи, Т. Нагаи, Т. Эндо, Х. Факушима, К. Хаба, Е. Иде, К. Кимура, С. Кашикура, Х. Маеда, С. Ошида, К. Сузуки, К. Таками, Т. Такаторя, Х. Ямануши (Япония); Ф. Беномран (Ливия); Ченг Чао (Сингапур); М. Сальгадо (Шри-Ланка); О. Калузана (Турция) и др.

История судебной медицины в России. Необходимость в медицинских знаниях при отправлении правосудия возникала еще в Древней Руси. В договорах князей Олега и Игоря с греками (X в.) предусматривались наказания за причинение телесных повреждений. Наказания за половые преступления устанавливались уставом князя Владимира (X-XI вв.). Н. Я. Новомбергский перечисляет их в «Военно-медицинском журнале» (1906): «о насилии, поругании, любодеянии... или насилье гвующих, или кого застигнут с четвероножною, или девица дитя повержет»¹.

¹ Новомбергский Н. Я. Врачебная экспертиза в московской Руси // Военно-медицинский журнал. 1906. Т. 215. С. 2.

Свод законов «Русская Правда» расширил и конкретизировал перечень преступлений, при расследовании которых требовались медицинские знания. Все повреждения были сведены в две группы: тяжкие (увечья рук и ног, повреждение глаз, отсечение носа, членовредительство) и легкие (синяки от ударов руки или тупого орудия и кровяные раны от ударов острым орудием). Говорилось о необходимости учитывать душевное (психическое) состояние обвиняемого в момент совершения преступления. Позднее «Двинская уставная грамота» (XIV в.) подтвердила основные положения «Русской Правды».

Однако, несмотря на потребность в медицинских знаниях, законы не обязывали приглашать лекарей для освидетельствования живых людей или осмотра трупов.

В XV-XVI вв. княжескими и царскими указами (грамотами) предписывались обязательные осмотры трупов людей, погибших от насильственных и ненасильственных причин, с целью найти виновника или предотвратить распространение заразных болезней. Любопытен перечень таких поводов, приведенный в одной из грамот Ивана IV: «...кто... с дерева или хоромин убьется, или кого зверь съест, или воз, или колесо сотрет, или озябнет, или утонет, или на их землю человека принесет...»¹. Обычно для выполнения такой работы назначали специальных людей. Они назывались «недельниками», поскольку срок их «службы» длился неделю. В их задачу входило проведение осмотра трупа в присутствии понятых, подтверждавших факт и характер выявленных и описываемых повреждений. «Недельники» постепенно приобретали навыки в описании повреждений, однако в силу отсутствия у них специального медицинского образования не проводили вскрытия и далеко не всегда могли определить причину смерти. Поэтому уже в конце XVI в. стали все чаще обращаться к помощи врачей. В правление Ивана Грозного появляются указы о приглашении в суд лекарей для составления медицинских свидетельств. Известен пример исследования трупа жены Ивана Грозного, проведенного царским врачом Елисеєм Бомелиусом, который установил, что смерть наступила от отравления. Заметим, что Бомелиус ограничился наружным исследованием тела и не проводил вскрытия.

¹ Цит. по кн.: Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы. М., 1968. С. 21.

В XVI в. учреждается Аптекарский приказ, к ведению которого была отнесена вся врачебная и фармацевтическая (аптекарская) деятельность в России. В архивах этого ведомства сохранилось немало документов о привлечении врачей к процессу расследования и проведению медицинских исследований в интересах правосудия.

Приведем некоторые примеры. В 1623 г. девица Мария Хлопова попыталась уклониться от брака с царем Михаилом Федоровичем, сославшись на «падучую болезнь». Она была освидетельствована врачами Бильсом, Днем и Бальзиром, патриархом Филаретом, боярами Шереметьевыми. В ходе этой своеобразной «комиссионной экспертизы состояния здоровья» выяснилось, что девица здорова и страдает лишь кратковременным расстройством функции желудка.

В 1644 г. «по Государеву Цареву и Великого Князя Михаила Федоровича указу и по присылке королевичу дохтура Аптекарского приказу дохтуры Венделинус Сибилист, Еган Белов, Артман Граман ездили на посольский двор и досматривали у умершова королевича кравчево раны и тот кравчей ранен из пищали, рана под самым правым глазом и оне дохтуры в ту рану щупом щупали, а пульки не дощупались¹, потому что рана глубока, а то подлинно, что пулька в голове».

Врачами Аптекарского приказа Келлерманом и Фандергустом в 1679 г. был осмотрен конюх патриарха. Вот их заключение: «Вчерашнево числа осматривали патриарша умершего конюха, а по осмотру тот конюх стар лет в шездесят и бит тот конюх плетми по спине, а иных язв кроме побой на теле у тово конюха нет и внутренних болезней ныне узнать не мочно, а знатное дело, что тот конюх умер от побой»².

Нередко докторам приходилось давать заключения в случаях отравлений. Эти исследования обязательно включали осмотр предполагаемых отравляющих веществ: лекарств, трав, кореньев. Помогали властям своими медицинскими знаниями врачи Аптекарского приказа в борьбе с шарлатанством и знахарством. В Полное собрание законов Российской Империи вошли «боярские приговоры» 1686 и 1700 гг., предусматриваю-

¹ Новомбергский Н. Я. Врачебное строение в допетровской Руси. Томск, 1907. С. 254.

Там же. С. 256.

шие ответственность за ненадлежащее лечение: «...буде из них (докторов или лекарей.— В. П.) кто нарочно или ненарочно кого уморят, а про то сыщется, им быть казненными смертию»¹.

В XVII в. в России тела погибших не вскрывались, письменные заключения давались лишь по наружному осмотру тел, но, как писал в 1906 г. Н. Я. Новомбергский, «мнение врачей было безапелляционно и принималось во внимание безусловно»².

Начало законодательному оформлению судебно-медицинской экспертизы положили реформы Петра I. В 1714 г. был опубликован Артикул Воинский, гл. XC которого была посвящена «смертным убийствам». Артикул 154-й гласил: «Кто кого волею и нарочно без нужды и безсмертного страху умертвит или убьет его тако, что от того умрет, онаго кровь паки отомстит, и без всякой милости оному голову отсечь»³. В толковании к этому артикулу говорилось об обязательном вскрытии трупов людей, погибших от насильственных причин, а также о том, какие при этом надлежит решать задачи. Приведем полный текст толкования: «Но надлежит подлинно ведать, что смерть всеконечно ли от битья приключилась, а еще ли сыщется, что убиенной был бит, а не от тех побоев, но от других случаев, которые к тому присовокупились, умре, то надлежит убийца не животом, но по рассмотрению и по разсуждению судейскому наказать, или тюрьмою, или денежным штрафом, шпицрутенном, и протчая, того ради зело потребно есть, чтоб сколь скоро кто умрет, который в драке был, и быть поколот или порублен будет, лекарей и определить, которые бы тело мертвое взрезали и подлинно разыскали, что какая причина к смерти его была, потом иметь свидетельство в суде на письме подать и оное присягою своею утвердить.

Между другим последующие раны, за смертельные почитаютца (1) раны мозговые: когда главная жила повреждена будет, или когда кровь, или иная какая мокрота вход в главную жилу запрет, или по исхождении некоторых скорых дней, и по запечению крови, лихорадка, безумие, и от того смерть приключитца, крови запеченною надлежит между тонкою, и толстою, моз-

¹ Цит. по кн.: Попов В. Л. Юридическая ответственность медицинских работников за профессиональные правонарушения. Л., 1982. С. 4-5.

² Новомбергский Н. Я. Врачебное строение... С. 254.

³ См.: Воинский Устав. Спб., 1716. Гл. XIX, арт. 154.

говою кожицею лежать, или между тонкою и мозгом, понеже оное, что между толстою и черепом лежит, мочно снять препаном, и больной излечен быть. (2) раны затылочного мозга, которые у шеи, или близко головы, а которые пониже, не ведают великого страха. (3) раны легкого, когда медиан, или сучек горла тронут будет. (4) а особливо раны сердечные, хотя и 15¹ дней при том жил. (5) раны гортанные, а именно: ест ли глотка повреждена, будет кожа около глотки уязвлена, то можно исцелить. (6) раны перепонки, а именно, ест ли часть главных жил повреждена будет. (7) раны желудка, когда верховное желудковое устье и от оногo раздельныя главныя жилы повреждены будут. (8) раны тонких кишок гораздо редко исцелены бываю!". (9) раны печени и селезенки, когда их жилки повреждены. (10) раны медиана нанчаще смертоносны бывають, но понеже лекар рану лучше, нежели другой кто затворить умеет, того ради притчину смерти не всегда убийцу причитать надобно. (И) раны, которыя через отравныя вещи или звери учиняются, всегда едва ли суть смертоносны.

Також судье надлежит гораздо смотреть, каким, оружием убитый убит или поврежден был: тем ли бит, от чего мог легко умереть, яко топором, кольями, дубиною и протчим, или иным чем нелегко смертно убить невозможно»¹.

Это и другие положения Артикула Воинского вошли в Воинский устав 1716 г. Несмотря на свое название, Воинский устав содержал положения, обязательные и для земства».

Судебно-медицинские нормативы Воинского устава были расширены Морским уставом Петра I, вышедшим в 1720 г., §108 которого кратко повторял толкование 154-го артикула, а §114 вносил существенные дополнения: «Ежели учинитца драка, что многие одного станут бить и в одной явитца мертвой от какой раны или смертного удара, или много бою, то те, кто в том были, розыскать с умыслу ли то делали. А о ранах смертных, кто учинил. В чем ежели не сыщется распросом и пытатъ. А буде мертвый явитца без всяких явных знаков, то его велеть доктору анатомить, не явитца ли внутри ль от того бою чего и буде явитца, то тако же розыскать. А буде не явитца то оное причесть случаю и наказатъ только за драку»".

¹ Там же.

Книга морских уставов о всем, что касается доброму управлению в бытность флота на море. Спб., 1720. § 114.

Другой параграф Морского устава (§ 9) предусматривал наказания за ошибки во врачебной работе: «Ежели лекарь своим небрежением или явным призорством к больным поступит, от чего им бедство служитца, то оной яко злоторен наказан будет, яко бы своими руками его убил, или какой уд отсек, буде же леньюстью учинит, то знатным вычетом наказан будет по важности и вине смотря в суде»¹.

Кроме Воинского и Морского уставов в петровские времена были изданы и многие другие положения и указы, в которых содержались нормативы, регулировавшие применение медицинских знаний при отправлении судопроизводства.

В 1706, 1716, 1717 и 1720 гг. в Москве, Петербурге и Кронштадте учреждаются военные и адмиралтейские школы и медико-хирургические училища. На врачей этих учреждений было возложено исполнение судебно-медицинской работы. Однако вскоре объем этой работы стал превышать возможности госпиталей и школ. Поэтому возникла необходимость в расширении круга врачей, привлекаемых к экспертной деятельности. В 30-е годы XVII в. в Москве и Петербурге создаются физикаты — специальные медико-административные учреждения, одной из функций которых была судебно-медицинская работа. Она выполнялась штатд-физиками.

В 1746 г. высший медицинский администратор (архиатр) Лесток установил дифференцированный порядок исследования мертвых тел: «Осматривать присланные из полиции мертвые тела и о которых по наружным знакам о причине утвердиться можно... не подлежащих по медицинскому искусству никакому сумлению, которые же о приключившейся смерти снаружи без анатомии узнать не можно, тех анатомить по надлежащему; к сему також для лучшего и основательного рассуждения о причине смерти потребное время позволяет»².

В 1737 г. в полицейских и судебных учреждениях были введены должности специальных врачей, в обязанности которых входило выполнение судебно-медицинских функций. В 1756 г. штаты расширили, дополнительно учредив специальные врачебные должности при главной полиции, тайной канцелярии,

¹ Там же. § 9.

² Чистович Я. А. История медицинских школ в России. Спб., 1883. С. 257.

сыском приказе, розненной экспедиции, губернской и вотчинной канцеляриях, магистратах Москвы и Петербурга. К концу XVIII в. в каждой части (районе) этих городов были должности «особливых лекарей». Судебно-медицинские обследования живых пострадавших были возложены на герольдмейстерские конторы, которые, как правило, занимались экспертизой по определению состояния здоровья, проводившейся в связи с уклонением подданных от исполнения различных видов работ, службы и т. п.

Параллельно с указанными врачебными должностными категориями после 1737 г. еще в 56 городах появились городовые врачи. Они выполняли административно-санитарную и «врачебно-судную» работу. Городовые врачи производили вскрытие трупов и осматривали живых пострадавших. Особенностью их деятельности было то, что они не давали заключений, а представляли протокол вскрытия в физикат. Заключение давал штатт-физик на основании изученного протокола, при этом суды общались не с прозектором (врачом, выполнявшим вскрытия), а с штатт-физиком.

В целом в течение XVIII в. сформировался определенный круг судебно-медицинских обязанностей: 1) исследование трупов при подозрении на насильственную смерть; 2) исследование трупов новорожденных при подозрении на детоубийство; 3) судебно-медицинские исследования в связи с побоями и увечьями, определением возраста, половых состояний, симуляции, бывших родов и беременности; 4) исследование психического состояния потерпевших и обвиняемых; 5) определение годности к воинской службе; 6) проведение экспертизы по уголовным делам о незаконном врачевании (шарлатанстве, знахарстве) и врачебных правонарушениях; 7) исследование вещественных доказательств, например ядов, растений и лекарств при подозрении на отравление.

В этот период был выполнен целый ряд весьма ответственных экспертиз. При этом сенат неоднократно указывал на обязательность проведения вскрытия трупов при насильственной смерти, а военная коллегия в 1779 г. издала специальный указ о «всенепременном» вскрытии мертвых тел «при следствиях о смертоубийстве». В делах об убийствах судебные учреждения во всех случаях требовали медицинских заключений о насильственном характере смерти. Кроме того, сенат признал непра-

вильным бездействием врачей, отказывавшихся исследовать гнилостно-измененные трупы при подозрениях на убийство: «...впредь таковые мертвые тела во всякое время непременно с благопристойностью, осторожностью анатомить, дабы в подобных случаях никакого сумнительства не было»¹. Следует напомнить, что значимость каждого проходившего по делу доказательства в соответствии с законом должна была быть отнесена к одной из двух категорий: совершенных и несовершенных. К числу совершенных по делам о преступлениях против жизни и здоровья личности относились медицинские заключения.

Я. А. Чистович в «Очерках из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия», вышедших в 1870 г., приводит несколько любопытных примеров.

Чиновник тайной канцелярии Елисеев погиб через три дня после нанесения ему побоев по голове. Труп был вскрыт, заключение было направлено штатт-физику Санхесу, который, изучив представленные материалы, доложил о результатах на заседании Медицинской канцелярии. Решение канцелярии было следующим: «...ежели б показанной (Елисеев.— В. П.) несколько часов после удара лекарем был пользован и трепанован... тогда мог при животе быть, понеже оное, сколько известно, не учинено, того ради... от удара и умер»².

Канцелярист Мальцев был избит сослуживцами. Через шесть дней осмотрен врачом, нашедшим множественные кровоподтеки на спине и груди. За три дня до смерти пострадавший потерял речь и сознание. Труп был вскрыт. Обнаружили гнойное воспаление ткани головного мозга, что и расценили как причину смерти. Рассмотрев дело, Медицинская канцелярия заключила, что изменения в головном мозге возникли не от полученных побоев, но в то же время отметила, что побои ускорили наступление смертельного исхода («от полученных побоев он несколько прежде времени умер, нежели тогда, когда бит не был»³).

Иная трактовка причины смерти была дана по факту смерти крестьянина Иванова, который был избит в пьяной драке. На

¹ Полное собрание законов Российской Империи. Т. XXIV, №11291.

² Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII века. Спб., 1870. С. 1-5.

³ Там же.

основании показаний окружающих врач пришел к выводу, что смерть наступила от отравления алкоголем и падучей болезнью. Магистратом заключение было отклонено на основании того, что смерть в состоянии опьянения могла и не наступить, если бы не были нанесены побои.

В начале XIX в. Медицинская коллегия потеряла свою самостоятельность и была преобразована в Медицинский совет при Министерстве внутренних дел (короткое время, с 1809 по 1819 г., Медицинский совет находился в ведении Министерства просвещения, а затем был вновь возвращен в Министерство внутренних дел, где и находился до октября 1917 г.).

В 1805 г. была учреждена высшая медицинская должность генерал-штаб-доктора. В числе других в его обязанности входил надзор за деятельностью судебной и полицейской медицины. В 1823 г. при Медицинском совете учреждаются четыре должности врачей, сведущих в судебной медицине и медицинской полиции. В 1836 г. закрепляются функции Совета: 1) цензура медицинских сочинений и публичных объявлений, касающихся судебной медицины и медицинской полиции; 2) рассмотрение следствий об умерших скоропостижно; 3) ревизия медицинских свидетельств в сомнительных случаях по уголовным и гражданским делам; 4) проведение химических исследований в интересах правосудия. В это же время выделяется самостоятельный медицинский департамент по делам судебной медицины и медицинской полиции.

В 1841 г. Медицинский совет признавался высшим в государстве органом по «врачебно-судным делам». Судебно-медицинская служба приобрела трехуровневую систему: I инстанция — уездные и городские врачи, II — врачебные управы, III — Медицинский совет.

Медицинский совет на начальном этапе своей деятельности провел большую работу по определению научного уровня судебно-медицинских исследований и констатировал их невысокое качество. Было принято решение о подготовке специальных инструкций, наставлений и учебных пособий. В короткое время были подготовлены и изданы: «Полицейская и судебная химия» С. Ф. Гаевского (1818), «Правила для руководства судебного врача при исследовании отравлений с присовокуплением синоптических судебно-медицинских таблиц о ядах» А. П. Не¹любина (1824), «Наставления врачам при судебном осмотре и

вскрытии мертвых тел» И. В. Буяльского, С. А. Громова и А. П. Нелюбина (1829), «Краткое изложение судебной медицины» С. А. Громова (1832) (высокое качество учебника было оценено по достоинству — его автор был награжден весьма почетной Демидовской премией).

Кроме того, Медицинский совет усилил контроль за качеством судебно-медицинской работы. Проверки приобрели систематический характер. По их результатам давалась обстоятельная оценка выполненных врачами заключений, в необходимых случаях применялись дисциплинарные наказания.

Медицинскому совету как высшей судебно-медицинской инстанции приходилось разбирать весьма сложные коллизии. Об одной из них сообщает С. В. Шершавкин (1968). Обвинялась владелица фабрики Брискорн, установившая невыносимые условия жизни и труда своим работникам, систему пыток и жестоких наказаний, принимавшая на работу детей с 6-летнего возраста. Дело усугублялось тем, что в сокрытии творившихся преступлений Брискон помогал местный священник. По делу были проведены самые разнообразные экспертизы: а) экспертиза потери трудоспособности вследствие нарушения правил охраны: труда; б) акушерско-гинекологическая экспертиза; в) экспертиза возраста; г) санитарно-гигиеническая экспертиза; д) экспертиза незаконного врачевания, проводившегося надсмотрщиками за работающими; е) экспертиза по установлению факта сокрытия врачами побоев и увечий, наносившихся работникам телесными наказаниями и пытками; ж) экспертиза по определению способа захоронения мертвых тел. В ходе судебно-медицинских исследований были получены неопровержимые доказательства преступления: фабричная больница построена в непосредственной близости от производственных помещений; отхожих мест ни на фабрике, ни в больнице нет, во многих местах в помещениях фабрики и больницы испражнения; пострадавших лечат в антисанитарных условиях (на момент осмотра больницы в ней оказалась 14-летняя девочка с переломом левой руки, оставленная на продолжительное время без медицинской помощи, в результате чего развилась гангрена и девочка потеряла руку); пациенты умирали в больнице, не получив необходимой помощи; беременные женщины рожали на фабрике и после родов продолжали работать; тяжелые условия труда, пытки, наказания и увечья привели к массовой гибели

ли людей; с целью сокрытия преступлений трупы хоронились тайно: ночью, без регистрации, без гробов, в неглубоких могилах, а часто в лесных ямах и оврагах.

С самого начала XIX в. отношение к судебно-медицинской деятельности в России было достаточно серьезным. Об этом говорит Инструкция, определявшая круг занятий врачебной управы начиная с 1813 г.: «§ 8... о генеральных правилах, до врачебной судной науки относящихся, на основании которых должно чинить свидетельство, соединенное со знанием анатомии, физиологии и других частей, до сего предмета касающихся. На сей конец первоначально показать должно весьма сокращенно прошедшее, потом действительное состояние уязвленного, ядом отравленного или мертвого тела; сюда же относятся и новорожденные младенцы, показанные мертвыми и еще сомнению подверженные. § 9. Порядок свидетельства состоит в том: чтоб описать то, что снаружи на теле оказывается; а напоследок, что по вскрытии головного черепа, груди, брюха и прочих членов видеть можно, что описываемо быть должно по порядку. Не должно ничего о том говорить, что действительно неизвестно, и о чем не можно быть совершенно уверену... всякое испытание, не объясняющее вопроса, подтверждено отрицанию... § 10. При таковых осмотрах мертвых тел и свидетельствах ядом отравленных должно обещать все свое внимание, основываясь на знании и чистой совести, не упуская из виду и самонаименьшего обстоятельства, к решению сомнения относящегося, дабы верным и точным изысканием причины приключившейся смерти открыта быть могла истина»¹.

Врачебным управам отводилась весьма ответственная роль. Так, любые судебно-медицинские свидетельства, кем бы они ни составлялись (включая и профессоров судебной медицины), должны были рассматриваться врачебными управами, которые контролировали сроки доставки копий актов, правильность их оформления и содержания. При необходимости в представленный документ вносились дополнения. Акты, не вызывавшие возражений, утверждались. В противном случае всегда указывалась причина: «свидетельство без внутреннего осмотра не подлежит утверждению»; «приступлено к вскрытию слишком

¹ См.: Полное собрание законов Российской Империи. Т. XXIV, № 17743, §8-10.

поспешно»; «не подлежит утверждению по случаю многих недостатков» и т. д.¹ В сложных случаях врачебные управы прибегали к помощи университетских профессоров.

Кроме исследования трупов проводились разнообразные медицинские освидетельствования живых людей: 1) для определения годности к военной или гражданской службе; 2) для определения психического состояния; 3) для установления характера и тяжести причиненных повреждений; 4) для определения беременности, родов, аборта, изнасилования, детоубийства; 5) по уголовным делам о врачебных правонарушениях; 6) по уголовным делам о незаконном врачевании и др. Все заключения по этим исследованиям также подлежали утверждению врачебными управами.

Врачебные управы несли основную тяжесть текущей рутинной работы по организации медицинской помощи и контролю за ее состоянием. Объем функций управ постоянно возрастал при явном несоответствии обеспеченности штатами. Только по судебно-медицинскому направлению врачебные управы обязаны были выполнять около десяти различных обязанностей: 1) ревизия и контроль всех судебно-медицинских документов; 2) судебно-медицинская экспертиза; 3) освидетельствование по поводу членовредительства, оскотления, растления, изнасилования, а также для установления беременности и аборта; 4) экспертиза следов крови; 5) судебно-химические исследования; 6) освидетельствования заключенных перед отправкой в Сибирь, определение их возраста, следов бывших наказаний, знаков клейма на беглых арестантах, состояния их здоровья для определения возможности применения к ним физического наказания; 7) определение состояния здоровья чиновников, уклоняющихся от службы; 8) освидетельствование рекрутов, нижних чинов, отставных военных, а также негодных к военной службе; 9) освидетельствование иждивенцев погибших или умерших военных и чиновников для назначения им размера пенсии, а также раненных в боевых действиях для определения характера и размера предоставляемой им помощи.

Для укрепления врачебных управ была разработана система льгот для сотрудников, организованы условия подготовки спе-

¹ Правиков А. Ф. Памятник из законов, руководящий к познанию приказного обряда, собранный по азиатскому порядку. Спб., 1813. Ч. V, § 196.

г специалистов. Однако предпринятые меры так и не обеспечили нормального функционирования этих учреждений. Позднее врачебные управы были реорганизованы в врачебные отделения губернских правлений, но это мало что изменило в характере, структуре и объеме их деятельности.

В результате судебной реформы 1864 г. на смену сословным пришли общие суды, были созданы прокуратура, адвокатура, институт судебных следователей, судопроизводство стало гласным. Судебные врачи получили право выступать в судебных процессах. Допрос в суде обвинителем и защитником позволял суду глубже оценить заключение эксперта и его научную обоснованность. К помощи ученых все чаще стали обращаться судьи, прокуроры, адвокаты, следователи. Значение судебной медицины возросло. Повзрослел авторитет и кафедр судебной медицины, где стали организовываться специальные лаборатории для исследования вещественных доказательств. Судебная медицина получила мощный положительный импульс к развитию. Именно ко второй половине XIX в. относятся фундаментальные работы отечественных судебных медиков.

Профессорами Петербургской медико-хирургической (с 1871 г. — Императорской военно-медицинской) академии Е. В. Пеликаном, И. М. Сорокиным и Д. П. Косоротовым были заложены основы отечественной судебно-медицинской токсикологии. В Харькове токсикологические опыты выполнял В. К. Анрепа.

Начало фундаментальному изучению судебно-медицинских аспектов огнестрельной травмы положил выдающийся русский хирург Н. И. Пирогов. Он впервые описал различие в морфологии входной и выходной пулевых ран. Дальнейшие исследования базировались на результатах клинического обобщения и экспериментальных работ, выполненных петербургскими учеными И. П. Ильиным, Е. В. Павловым, В. А. Тиле и др.

В 1850 г. Н. И. Пирогов создал уникальный атлас «Анатомические изображения наружного вида и положения органов, заключающихся в трех главных полостях человеческого тела», специально предназначенный для судебных врачей.

Ко второй половине XIX в. относятся работы о strangulационной борозде профессора И. И. Нейдинга и фундаментальное диссертационное исследование П. А. Минакова «О волосах в судебно-медицинском отношении», (1894). Выпущенный позднее

атлас П. А. Минакова, содержащий детальные изображения волос человека и животных, до сих пор является настольной книгой судебных биологов.

Большое значение имели исследования казанского профессора И. М. Гвоздева о процессуальном положении судебно-медицинского эксперта и содержании профессиональной подготовки этих специалистов. Те же вопросы успешно разрабатывал и киевский профессор Ф. Ф. Эргарт.

Пионером экспериментальных исследований механизма переломов черепа стал профессор Юрьевского университета А. С. Игнатовский.

Комплекс вопросов, относившихся к судебно-акушерской и судебно-гинекологической экспертизе, рассматривался петербургским профессором В. О. Мержеевским, харьковским доцентом Э. Ф. Беллиным и др.

Танатологические проблемы судебной медицины успешно разрабатывались киевским профессором Н. А. Оболонским, написавшим обстоятельный «Пособник при судебно-медицинском исследовании трупа и при исследовании вещественных доказательств» (1894).

Периодические судебно-медицинские публикации начались в конце 20-х годов XIX в. в «Военно-медицинском журнале», где позднее (1842) был образован постоянный специальный раздел. Ряд публикаций судебно-медицинского характера был помещен в газете «Друг здоровья», редактировавшейся известным профессором судебной медицины Е. В. Пеликаном. Им же в 1865 г. был основан первый самостоятельный отечественный судебно-медицинский журнал «Архив судебной медицины и общественной гигиены» (с 1872 г. — «Сборник сочинений по судебной медицине, судебной психиатрии, медицинской полиции, общественной гигиене, эпидемиологии, медицинской географии и медицинской статистике», с 1882 г. — «Вестник судебной медицины и общественной гигиены», а с 1889 г. — «Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины»).

Важную роль в распространении судебно-медицинских знаний играли медицинские съезды и медицинские общественные организации. С 1805 г. судебно-медицинские сообщения систематически заслушивались Виленским медицинским обществом. В 1871 г. было организовано судебно-медицинское отделение.

ние при Казанском врачебном обществе. Первым председателем отделения стал профессор И. М. Гвоздев. В это же время в Санкт-Петербурге под руководством профессора Я. А. Чистовича стало функционировать Общество русских врачей, регулярно издававшее труды, в которых заметное место занимали судебно-медицинские сообщения.

На каждом съезде русских естествоиспытателей выступали видные судебные медики Е. В. Пеликан, И. И. Нейдинг, Я. А. Чистович и др. С 1885 г. в России регулярно собирались съезды русских врачей в память Н. И. Пирогова (Пироговские съезды). Уже на первом съезде была организована секция судебной медицины, на заседании которой рассматривались не только научные доклады, но и вопросы совершенствования практической судебно-медицинской службы.

Преподавать судебную медицину начал на медицинском факультете Московского университета И. Эразмус в 1765-1768 гг. Эстафету приняли С. Г. Зыбелин, Ф. Керестури, И. Ф. Венсович, И. Е. Грузинов, Е. О. Мухин, А. О. Армфельд, Д. Е. Мин, И. И. Нейдинг, П. А. Минаков, А. В. Григорьев; непосредственно перед Октябрьской революцией в Москве преподавал профессор М. И. Райский.

В Петербурге до 1917 г. преподавание было сосредоточено в основном в Медико-хирургической (Военно-медицинской) академии. Среди профессоров кафедры судебной медицины, внесших особый вклад в развитие и совершенствование учебного процесса, можно назвать профессоров И. Х. Рингебройга, С. А. Громова, П. П. Пелехина, П. П. Заболоцкого-Десятовского, Е. В. Пеликана, Я. А. Чистовича, И. М. Сорокина, Д. П. Косоротова, А. В. Григорьева.

В самом начале преподавание и в Москве и в Петербурге велось по переводному учебнику И. И. Пленка. Некоторые русские профессора проводили лекционные занятия по собственным неопубликованным конспектам (И. Х. Рингебройг, И. Ф. Венсович, Е. О. Мухин и др.). Начиная с 1832 г. и в течение примерно трех десятилетий настольной книгой русских студентов и врачей был учебник С. А. Громова. В 60-70-е годы выходят записанные преимущественно студентами литографированные лекции Е. В. Пеликана, А. О. Армфельда, Д. Е. Мина и др. Параллельно русские профессора переводят передовые немецкие и австрийские учебники судебной медицины, адапти-

руя изложение к российскому законодательству. В их числе уже упоминавшиеся учебники Э. Р. Гофмана, а также А. Шауэнштейна, И. Л. Каспера, Г. Корнфельда, К. Эммерта, Г. Штрассмана и др. Г. И. Блосфельд (1847, 1857) и В. Штольц (1885) пишут учебники судебной медицины для юристов. Краткие курсы судебной медицины публикуют В. А. Легонин, В. Варшавский, П. П. Деполович, А. Григоров и др. В 1910-1915 гг. появляются полноценные учебники А. С. Игнатовского, Д. П. Косоротова и Н. С. Бокариуса.

С переменой в России общественно-политического строя существенно изменилась организация судебно-медицинской службы. Сначала экспертные вопросы курировали ученый совет и секция судебно-медицинской экспертизы Совета врачебных коллегий. Затем во вновь образованном Народном комиссариате здравоохранения был создан подраздел медицинской экспертизы, который в 1919 г. стал самостоятельным отделом. В этом же году вышло «Положение о правах и обязанностях государственных медицинских экспертов». В 1922 г. были введены должности губернского, уездного и городских экспертов (из расчета одна должность на 100 000 населения). В 1924 г. учредили должность главного судебно-медицинского эксперта республики. В 1929 г. начало действовать новое Положение, которым были введены должности областных и районных экспертов. В 1937 г. была учреждена должность главного судебно-медицинского эксперта СССР. В разные годы эту должность занимали профессора Н. В. Попов, В. И. Прозоровский, А. П. Громов. В 1956 г. судебно-медицинскую службу снова реорганизовали. Были созданы бюро судебно-медицинской экспертизы: главное бюро республики, республиканские (автономных республик), областные, городские (Москвы и Ленинграда). Общее методическое руководство судебно-медицинской работой в стране осуществлял Научно-исследовательский институт судебной медицины.

Заметный вклад в развитие судебной медицины в советский период внесли профессора М. И. Авдеев, Н. В. Попов, В. Ф. Черваков, В. И. Прозоровский, С. Д. Кустанович, В. Г. Науменко, В. М. Смольянинов, А. К. Туманов, В. В. Томилин, А. А. Солохин, В. Н. Крюков, В. И. Алисиевич (Москва), В. А. Надеждин, М. И. Райский, И. Ф. Огарков, А. Г. Леонтьев, А. П. Владимирский, С. С. Быстров, Н. М. Дементьева,

О. Х. Поркшеян, В. И. Молчанов, Я. С. Смусин, В. П. Петров, д. А. Матышев, В. Л. Попов (Ленинград), Н. Н. Бокариус, Н. И. Марченко (Харьков), Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург, И. А. Концевич, В. П. Хоменок (Киев), Н. М. Авакян (Ереван), Д. Р. Атакишиев (Баку), Г. А. Ботезату (Кишинев), В. К. Стешиц (Минск), К. Ш. Шагылыджов (Ашхабад), Р. Р. Гветадзе (Тбилиси), Л. М. Эйдлин, Д. Д. Джалалов (Ташкент), И. И. Найнис (Вильнюс), В. К. Шмидт (Рига), А. Г. Гаилов (Душанбе), П. Г. Арешев (Симферополь), А. В. Законов, А. П. Загрядская (Горький), Б. Н. Зорин (Донецк), В. Я. Карякин (Новосибирск), А. С. Литвак (Ставрополь), А. Ф. Рубежанский (Днепропетровск), Н. И. Репетун (Краснодар), Р. Ю. Мухаметов (Уфа), Г. Г. Омаров (Махачкала), П. В. Устинов (Свердловск) и многие другие.

Важную роль играли периодические судебно-медицинские издания: сборники «Архив криминалистики и судебной медицины» (1925-1927) и «Судебно-медицинская экспертиза» (1925-1931); журнал «Судебно-медицинская экспертиза» (выходит с 1958 г.) В тот период прошли пять всероссийских и шесть всесоюзных съездов, двенадцать расширенных (всесоюзных) научно-практических конференций судебных медиков и ряд республиканских.

Еще в 1916 г. в Петербурге возникло первое в России научное общество судебных медиков (первым председателем стал профессор А. В. Григорьев). Позднее общества были организованы в Ростове-на-Дону, Москве. В 1946 г. было образовано Всесоюзное научное общество судебных медиков и криминалистов. Поначалу общество пользовалось в судебно-медицинской среде авторитетом. С конца 80-х годов оно постепенно стало терять свою консолидирующую роль. После распада СССР преобразовалось в Межгосударственный союз научных обществ судебных медиков (председатель — профессор В. Л. Попов). На смену региональным обществам стали приходить межрегиональные судебно-медицинские ассоциации: Сибири и Дальнего Востока (председатель В. П. Новоселов), Северо-Запада России (председатель Г. И. Заславский). Ассоциации оказались более активными и плодотворными организациями. Они решают важные организационные вопросы, проводят межрегиональные и международные научные и научно-практические конференции, активно участвуют в подготовке

научно-педагогических кадров, ведут издательскую деятельность.

Распад СССР привел к реорганизации судебно-медицинской службы. Республиканские судебно-медицинские службы стран Прибалтики и СНГ стали самостоятельными. Вместе с тем достаточно прочные прежние контакты способствовали образованию Балтийской судебно-медицинской ассоциации (объединение специалистов Латвии, Литвы, Эстонии, Петербурга, Финляндии, Германии и др.), издающей свой профессиональный журнал «*Medicina legalis Baltica*».

В организационном отношении российская судебно-медицинская служба представлена Российским центром судебно-медицинской экспертизы, образовавшимся от слияния НИИ судебной медицины и Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы РСФСР, бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов федерации (республик, краев, областей) и входящими в них городских, межрайонных и районных отделений бюро судебно-медицинской экспертизы. В медицинских институтах сохранились кафедры или курсы судебной медицины, в некоторых регионах соединенные с бюро в научно-практические объединения.

ИЗБРАННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Понятие -«повреждение» в судебной медицине

Судебная медицина оперирует понятием «повреждение» на протяжении всей своей истории. Издавна судебные врачи определяют характер, механизм возникновения и степень тяжести повреждений. Казалось бы, содержание этого понятия уже давно определено, отшлифовано и всеми понимается одинаково. Между тем внимательное изучение различных учебников, руководств и монографий показало, что в судебной медицине немало понятий, которые трактовались бы столь разноречиво и неточно, как понятие «повреждение», хотя оно относится к числу основных и поэтому требует четкого, недвусмысленного и научно обоснованного определения. К сожалению, ошибочная трактовка понятия «повреждение» содержится в одном из основных судебно-медицинских документов — «Правилах су-

дебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью»¹ (далее — Правила).

Прежде всего, бросается в глаза отсутствие единого подхода к определению самой сущности повреждения. Большинство авторов рассматривают повреждение как результат, как последствие травматического воздействия. Вместе с тем А. П. Громов и В. Г. Науменко (1977) под повреждением понимают «причинение вреда здоровью», т. е. действие, приводящее к возникновению вреда здоровью. Нельзя признать удачным и определение понятия «повреждение», данное в «Учебнике судебной медицины» под редакцией В. М. Смольянинова (1982), предназначенном для студентов медицинских вузов страны: повреждение — это «причинение вреда здоровью, выразившееся в нарушении анатомической целостности или физиологической функции тканей или органов...». Ошибка здесь заключается в том, что нарушение целостности тканей и органов рассматривается как выражение действия («причинение»), а не как его результат. Иначе говоря, причина отождествляется со следствием.

Судебно-медицинский эксперт или врач, выполняющий судебно-медицинские функции, исследует нарушение структуры и функции организма. Изучив эти нарушения, он устанавливает причину их возникновения — внешний повреждающий фактор и механизм его травмирующего действия. Следовательно, в судебной медицине под повреждением следует понимать лишь следствие, результат внешнего повреждающего действия, выражающийся в различных вариантах нарушения анатомической целостности и физиологической функции организма.

Мы оставляем без особых комментариев формулировки, ошибочность которых очевидна. Например, О. Х. Поркшеян (1974) считает, что «повреждение — это расстройство здоровья, а также смерть...». Однако смерть — это естественный или неестественный исход жизни, и отождествлять его с повреждением, по меньшей мере, неуместно. А. И. Муханов (1974) под травмой понимает «совокупность действия факторов внешней среды на организм человека и образующихся в нем повреждений». Вполне должно быть понятно, что одно и то же явление не может быть одновременно и причиной («действие фактора внешней среды») и следствием («повреждение»).

Утв. Приказом министра здравоохранения РФ от 10.12.96 г. № 407.

Другой принципиальной неточностью представляется определение повреждения как «нарушения анатомической целостности или физиологической функции...». Если согласиться с такой формулировкой, то довольно легко можно прийти к абсурдному заключению, что нарушение целостности анатомических структур может не сопровождаться нарушением их функции. Такое суждение справедливо лишь для обозначения повреждений тканей и органов мертвого тела, т. е. для посмертных повреждений. Последние не эволюционируют, не сопровождаются кровотечением, реактивными изменениями, нарушениями функции и, наконец, не причиняют вреда здоровью. Однако в ходе проведения судебно-медицинских экспертиз устанавливаются характер и степень вреда, причиненного здоровью именно живого человека. Даже если для удовлетворения запросов органов суда и следствия судебные медики диагностируют посмертные повреждения, они делают это, как правило, для того, чтобы определить характер и степень вреда здоровью, причиненного живому человеку в результате противоправных действий (единственное исключение — это экспертизы по поводу уголовных дел о глумлении над трупом). Поэтому не следует расширять рассматриваемое понятие, включая в него и посмертные повреждения. Достаточным барьером для этого будет обязательное введение в определение слов «нарушение функции». Это уточнение обеспечит понимание повреждения исключительно как прижизненного. Здесь можно попутно обратить внимание на досадную, но, к сожалению, достаточно распространенную неточность, когда говорят о повреждениях как о травме тела (П. П. Деполович, 1907; Н. В. Попов, 1950), так как это может быть и тело живого человека, и мертвое тело, т. е. труп.

Неточность, упомянутая в предыдущем абзаце, пожалуй, худший вариант научно-исторической преемственности. Еще в ст. 1437 «Устава судебной медицины» (1857) говорилось, что «повреждениями называются... явления или перемены...», т. е. или структура, или функция. Эта формулировка без принципиальных изменений была включена почти во все дореволюционные судебно-медицинские издания (Э. Р. Гофман, 1881; Н. А. Оболенский, 1894; П. П. Деполович, 1907; А. С. Игнатовский, 1910 и др.). Позднее она переключалась в «Правила для

составления заключений о тяжести повреждений»¹: «телесными повреждениями называются нарушения анатомической целостности или физиологической функции...», а затем — в большинство учебников и руководств по судебной медицине (Н. В. Попов, 1950; М. И. Райский, 1953; Ю. С. Сапожников и А. М. Гамбург, 1980 и др.).

Такая же интерпретация повреждений дается и в ранних работах М. И. Авдеева (1951). Позднее (1966) он внес в формулировку принципиально важное уточнение: «...нарушение анатомической целостности тканей и органов и их функций...». К сожалению, этот точный методологический нюанс не был воспринят судебными медиками. Отчасти это, вероятно, связано с тем, что в последующих изданиях М. И. Авдеев (1976) несколько нивелировал этот принципиальный аспект, указав, что повреждение — это «всякое изменение органов и тканей».

Может ли быть нарушение функции без нарушения анатомической структуры? Допуская такую возможность, А. П. Громов (1970) приводит следующий пример: сдавление нерва с последующим развитием параличей и парезов. Между тем этот пример лишь подчеркивает обратное, так как трудно себе представить параличи и парезы без изменения структурной целостности нерва как в месте его сдавления, так и к периферии от этого участка. Теоретически с диалектико-материалистических позиций на поставленный вопрос может быть дан лишь однозначно отрицательный ответ. В то же время на практике далеко не всегда удается найти морфологический эквивалент, что скорее свидетельствует о патологическом нарушении функции. Но такое положение скорее свидетельствует об уровне медицинского знания, а точнее — медицинского незнания. А это должно стимулировать проведение научных изысканий, направленных на заполнение пробелов, еще имеющих в судебной медицине. Методологически правильная постановка и решение научных задач уже сейчас дали практическим экспертам комплекс признаков, которые рассматриваются как морфологические проявления таких функциональных состояний, как шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность и т. п. На очереди — изучение морфологических критериев рефлекторной смерти, болево-

См.: Приложение к Пргасазу министра здравоохранения от 11.12.78 г. № 1208.

го синдрома и т. д. Здесь вовсе не обязательно ждать «открытия» макроморфологических признаков. Вероятнее всего это будут изменения, которые проявятся на биохимическом или ультрамикроскопическом уровне. Естественно, что от этого данные признаки не потеряют своей структурной сущности.

Изложенное убедительно показывает, что противопоставление структуры и функции является грубой методологической ошибкой, которая может оказать отрицательное влияние на теорию и практику судебно-медицинской экспертизы.

Вполне справедливо В. И. Алисиевич (1968) определяет повреждение как нарушение и структуры, и функции. Однако он вслед за Н. С. Бокариусом (1930) считает необходимым акцентировать внимание на том, что речь идет о нарушении нормальных функций. Вряд ли такое уточнение полезно, так как в этом случае придется согласиться и с тем, что травма болезненно измененного органа не может расцениваться как повреждение, поскольку в таком случае речь идет о нарушении патологически измененной функции.

Итак, в определении понятия «повреждение» следует со всей определенностью подчеркнуть диалектическое единство нарушения структуры и функции.

Странно понимаются повреждения составителями упоминавшихся Правил (1996). По их мнению, вред здоровью — это «либо телесные повреждения, т. е. нарушения анатомической целостности органов и тканей или их физиологических функций, либо заболевания или патологические состояния, возникшие в результате воздействия различных факторов внешней среды: механических, физических, химических, биологических, психических». Уже сам термин «телесные» по отношению к повреждению не имеет медицинского содержания и является устаревшей юридической дефиницией, употреблявшейся в прежней редакции Уголовного кодекса и отсутствующей в действующей.

Вторая часть определения касается «заболеваний» и «патологических состояний», являющихся последствием действия факторов «внешней среды» (более грамотно употреблять в данном контексте термин «окружающая среда»). В этой связи уместно привести общепринятое определение понятия «заболевание» (более точно — болезнь): нарушение структуры и функции организма в результате воздействия внешних или

внутренних (по отношению к организму) факторов¹. Поэтому если говорят о «патологических состояниях» или «заболеваниях», возникающих от действия внешних факторов (и перечисляют их: механических, физических и т. д.), то имеют в виду все те же повреждения, о которых идет речь в первой части определения. Вместе с тем, знакомясь с приводимым Правилами (1996) перечнем «патологических состояний» и «заболеваний», легко убеждаешься в том, что это перечисление закономерных осложнений повреждений — шока, кровопотери, сердечной или сосудистой недостаточности, гнойно-септических состояний и т. п. Иначе говоря, налицо такая типичная логическая ошибка, как подмена понятия.

В существующих определениях понятия «повреждение» неодинаково рассматривается и сам повреждаемый объект. Многие пишут о повреждении тканей и органов (В. М. Смольяинов — ред., 1975; А. Ф. Рубежанский, 1976; И. В. Виноградов, 1978; С. Д. Кустанович, 1978; Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург, 1980), т. е. рассматривают его только на тканевом и органном уровне, упуская организменный. Неудачно, по-видимому, говорить и о повреждениях тканей и органов тела (А. Я. Лейбович, 1922, 1923; А. П. Громов, 1970), так как результатом противоправных действий является повреждение тканей и органов как неотъемлемых элементов целостного организма, а не находящихся изолированно от него. В конечном счете в результате причиненного внешнего насилия страдает организм в целом, а повреждения отдельных органов и тканей определяют лишь их объем и характер, так как невозможно представить себе травму организма без повреждения его органов и тканей. Поэтому следует считать верными те формулировки, в которых говорится о повреждении организма в целом (М. И. Райский, 1953).

Весьма разноречиво в существующих определениях понятия «повреждение» трактуется сущность повреждающего фактора. Пишут о повреждающем факторе вообще, не разграничивая, является он внешним или внутренним по отношению к организму человека (А. П. Громов, 1970).

М. И. Авдеев (1966, 1968) и некоторые другие предлагают рассматривать повреждение в широком и узком смысле слова,

¹ Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1982. Т. I. С. 148.

подразумевая под последним причинение: повреждений только механическими факторами. Такое упрощение представляется ненужным, так как ни в теоретическом, ни в практическом плане повреждение, возникшее от механического воздействия, не имеет никаких «преимуществ» перед повреждениями, образовавшимися от действия немеханических факторов. Здесь нередко ссылаются на то, что именно в практике принято называть повреждениями только то, что вызвано механическими факторами. По нашему мнению, это неправильно. Ведь именно из практической судебно-медицинской деятельности и терминологическая, и химическая, и биологическая травма изучается, исследуется и оценивается прежде всего как повреждение (определяется механизм возникновения, степень тяжести и т. п., т. е. все то, что устанавливается и по отношению к повреждениям, вызванным механическими факторами).

Перечень повреждающих факторов иногда неоправданно ограничивают физическими и химическими (О. Х. Поркшеян, 1974; А. Ф. Рубежанский, 1976; Ю. С. Сапожников, А. М. Гамбург, 1980). Н. В. Попов (1938) ставит в один ряд «механические, температурные, электрические, атмосферные, химические и инфекционные факторы». С методической точки зрения это неправильно, так как первые три — лишь частные виды физического повреждающего фактора, кроме того, температурное и электрическое могут быть частными видами атмосферного воздействия, а инфекционные — лишь частный вид биологического повреждающего фактора.

В определении понятия «повреждение» И. В. Виноградов (1978), С. Д. Кустанович (1978) и другие авторы приводят незавершенный перечень повреждающих факторов. Нарушается одно из основных требований к определению во/кого обобщающего понятия — полнота и завершенность.

Полный перечень повреждающих факторов приводит М. И. Райский (1953): физические, химические, биологические, психические. Однако он не учитывает всего многообразия вариантов возникновения повреждений, когда причиной повреждений могут стать и однозначный фактор, и группа факторов (комбинированная травма).

В общепсихиатрическом плане вполне оправданно включение в понятие «повреждение» последствий психического воздействия. Однако судебная медицина не содержит никаких све-

нений ни о методике доказательства факта психической травмы, ни о методике исследования сущности и характера этой травмы, ни о критериях ее оценки и т. д. Поэтому с судебно-медицинской точки зрения пределы компетенции эксперта при оценке психической травмы должны быть четко оговорены.

Завершая анализ существующих в судебно-медицинской литературе определений понятия «повреждение», приведем некоторые обязательные положения, которые, на наш взгляд, должны быть учтены в окончательной формулировке:

1) отражая судебно-медицинскую специфику, определение не должно противоречить общебиологическому понятию «повреждение»;

2) повреждение должно рассматриваться как результат приложенного действия, причем не всякого, а только внешнего;

3) определяя сущность повреждения, необходимо подчеркнуть нарушение структуры и функции в их диалектическом единстве;

4) повреждение следует оценивать как вред, причиненный организму в целом;

5) суждение о повреждающих факторах должно быть дано в наиболее обобщенной форме и должно отражать возможность причинения повреждений как одним, так и несколькими внешними повреждающими факторами.

Учитывая все выше сказанное, можно предложить следующее определение понятия «повреждение»: *повреждение — это нарушение структуры и функции организма, возникшее в результате воздействия одного или нескольких внешних повреждающих факторов.*

Диагноз и диагностический процесс

Диагностический процесс постоянно сопровождает как судебно-медицинскую экспертизу трупа, так и освидетельствование живых лиц. Однако, формулируя диагноз и приводя его в своем заключении, эксперт испытывает определенные трудности, причины которых кроются в недостаточной разработанности проблемы диагноза в судебно-медицинской литературе. В такой ситуации эксперт остается наедине лишь со своим личным опытом и способностями.

Не ставя перед собой задачу проанализировать эволюцию понятия «диагноз», оценим его определение, приведенное в

Энциклопедическом словаре медицинских терминов (ЭСМТ): «диагноз — медицинское заключение о состоянии здоровья обследуемого, об имеющемся заболевании (травме) или о причине смерти, выраженное в терминах, обозначающих название болезней (травм), их формы, варианты течения и т. п.»¹. Это определение не может в полной мере удовлетворить ни клиницистов, ни морфологов по следующим обстоятельствам: а) отсутствует указание на основной принцип построения — патогенетический; б) остается неясным, включает ли упоминаемое «состояние здоровья» такое понятие, как «здоров», и некоторые физиологические состояния человека (например, беременность); в) если «состояние здоровья» подразумевает оба основных варианта (здоров и болен), то отпадает необходимость в последующем указании только на заболевание или травму; г) нет необходимости упоминать и «причину смерти», так как ею могут быть уже указанные в формулировке заболевание или травма; д) отсутствует указание на необходимость краткости «медицинского заключения».

Можно констатировать, что обязательными составными элементами «диагноза» должны быть состояние здоровья, нозологический и патогенетический принципы построения, краткость изложения.

Таким образом, *диагноз — это краткое медицинское заключение о состоянии здоровья, построенное по патогенетическому принципу (сначала основное повреждение или заболевание, затем, его осложнения и далее сопутствующие заболевания или повреждения), выраженное строгим языком нозологических форм (общепринятых медицинских названий повреждений и заболеваний).*

В долгое время действовавших «Правилах судебно-медицинского исследования трупа» (1928) отсутствовали требования к составлению диагноза. Новыми Правилами² диагноз предусмотрен, поскольку в любом судебно-медицинском заключении, составленном по результатам обследования живого человека или мертвого тела, должен быть медицинский итог, медицинское резюме, медицинское обобщение находок, свидетельствующих о состоянии здоровья обследуемого, о той исходной

¹ Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. I. С. 345.

² Утв. Приказом министра здравоохранения РФ от 10.12.96 г. № 407.

базе, которая затем подвергается всестороннему судебно-медицинскому анализу. Должно ли здесь быть простое перечисление повреждений и заболеваний? Это было бы весьма упрощенное, примитивное, механистическое понимание задачи. В соответствии с Уголовно-процессуальным кодексом РСФСР экспертиза обязательно проводится для установления «причины смерти» и «степени тяжести повреждения». Можно ли, не выстроив в патогенетической последовательности все повреждения (заболевания), их осложнения и сопутствующую патологию, решить эти обязательные вопросы? Иначе говоря, можно ли их решить, не поставив диагноза? Отрицательный ответ на этот вопрос подтверждает необходимость диагноза в судебно-медицинских документах. Остальная аргументация в пользу диагноза (формирование врачебного мышления, клинико-анатомическое сопоставление, статистический учет и т. д.) носит вторичный, хотя и важный характер.

Условность почти каждого термина придает спору о названии диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта» на первый взгляд во многом формальный характер. В ЭСМТ приведено 25 (!) вариантов названий диагноза и 14 (!) вариантов названий диагностики. Полемизируя о названии диагноза, авторы стараются доказать принципиальное отличие патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов либо отсутствие таких различий (А. А. Солохин и др., 1986; Л. М. Бедрии и др., 1987; И. Г. Вермель, 1988 и др.). Вместе с тем они единодушно согласны с общим определением, приведенным в ЭСМТ. Однако, признавая его, авторы, следуя элементарной логике, должны были бы включить в определения частных вариантов диагноза те принципы, которые лежат в основе общего понятия. Эти принципы едины не только для патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов, но и для клинического. Что общего между методами диагностики в этих трех случаях? Это — современная клиническая и морфологическая диагностика, которая носит *комплексный характер* и базируется на: а) совокупности результатов клинических, секционных, лабораторных и инструментальных исследований; б) патогенетическом и нозологическом принципах; в) единой диагностической методологии — от признака (симптома) к синдрому (взаимосвязанная совокупность симптомов) и нозологической форме; г) единой терминологии. В чем же отличие? При кли-

нической и морфологической диагностике оно заключается в разных основных объектах исследования (живой человек и мертвое тело) и связанных с этим разных основных методах (при общем комплексном подходе к медицинской диагностике вообще) — методе клинического анализа и методе морфологического анализа. При этом часто клинический анализ существенно дополняется результатами, полученными морфологическими методами (биопсией, исследованием препаратов оперативно иссеченных органов и др.), а морфологический анализ малоэффективен без осмысления динамики прижизненных клинических проявлений страдания, зафиксированных в истории болезни, амбулаторной карте, заключениях врачебно-трудовой экспертизы и других медицинских документах. Сходство патологоанатомического и судебно-медицинского диагнозов еще более очевидно: помимо совпадения основных принципов их построения (это невозможно оспаривать, если признавать определение общего понятия «диагноз»), совпадают основной объект и основной метод исследования

Примечательно, что сторонники (А. А. Солохин и др., 1986) и противники (Л. М. Бедрин и др., 1987) названия «судебно-медицинский диагноз» приводят сходные аргументы в обоснование противоположных позиций. Не потому ли это происходит, что в главном (в содержании, структуре, целях и принципах построения) судебно-медицинский и патологоанатомический диагнозы не отличаются и не могут отличаться, так как являются частными вариантами медицинского диагноза? Например, трудно представить какое-либо отличие патологоанатомического диагноза от диагноза, составляемого судебно-медицинским экспертом по случаю скоропостижной смерти от заболевания. Убедительных отличий, по существу, нет. Единственное отличие сводится к тому, что патологоанатомический диагноз приводится патологоанатомами в «Протоколе патологоанатомического вскрытия», а судебно-медицинский — в «Заключении судебно-медицинского эксперта» (кстати, при экспертизе живого человека судебно-медицинский диагноз, если бы он применялся на практике, не отличался бы от клинического). Таким образом, спор о названии диагноза становится чисто терминологическим, схоластическим спором о форме.

Необходимо обратить внимание на неидентичность понятий «патологоанатомический диагноз» и «морфологический диаг-

ноз». Патологоанатомический диагноз — более широкое понятие. Такой диагноз базируется на клинико-морфологическом анализе. В то время как морфологический компонент может быть составным элементом клинического диагноза.

Подчеркивая близость судебно-медицинского и патологоанатомического диагнозов, заметим, что при идентичных повреждениях в одних случаях составляется судебно-медицинский диагноз, в других — патологоанатомический. Например, первый составляют судебные медики при травме, полученной в мирное время, второй — патологоанатомы по результатам исследования погибших в боевых условиях.

Возможно, одной из причин сформировавшихся разных точек зрения на название; диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта» является ошибочность в определении понятия «судебно-медицинский диагноз», данном в ЭСМТ. Это определение сводит цель судебно-медицинского диагноза к решению «специальных вопросов, возникающих в судебно-следственной практике»¹. Такое указание не отличается конкретностью, так как в судебно-медицинской практике возникает множество специальных вопросов, для решения которых далеко не всегда требуется диагноз. Одними из немногих специальных вопросов в «Заключении судебно-медицинского эксперта», которые невозможно решить без патогенетически правильно сформулированного диагноза, являются вопросы о причине смерти, роли обнаруженной травмы и патологии в генезе смерти.

Теория судебно-медицинского диагноза обусловлена общей теорией и практикой медицинского диагноза. И актуальными должны стать не попытки обосновать некий особый характер судебно-медицинского диагноза, а глубокое и всестороннее изучение судебными медиками общих основ медицинской диагностики и составления диагноза.

Поэтому без ущерба для существа дела вполне можно ограничиться термином «диагноз» для обозначения той рубрики в «Заключении судебно-медицинского эксперта», в которой дается краткое, патогенетически и нозологически выдержанное заключение о состоянии здоровья.

Если придерживаться патогенетического принципа, то *структура диагноза* не может быть многозначной: 1) основное по-

¹ Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. С. 346.

вреждение (заболевание); 2) его осложнения; 3) сопутствующие заболевания (повреждения). Однако при следовании общей структуре единства в построении отдельных частей диагноза не обнаруживается. В большей степени это относится к рубрике «Основное заболевание».

По нашему мнению, не стоит возражать против обобщающего термина «сочетанная травма» при наличии у пострадавшего повреждений различных частей тела. Этот термин отражает качественно отличающееся состояние, связанное с синдромом взаимногоотягощения, и позволяет оценить причиненный вред здоровью организму в целом, а не отдельным частям. Однако было бы неверно ограничиваться только этим термином. Поэтому, например, после обобщающего понятия «сочетанная травма грудной клетки и живота» следует привести имеющиеся в конкретном случае морфологические проявления и травмы грудной клетки, и травмы живота.

Говоря об обобщающем понятии, следует различать понятия «тупая травма» и «автомобильная травма». Первое однозначно указывает на сущность травмирующего воздействия и имеет специфичные морфологические эквиваленты, а следовательно, может быть включено в диагноз (столь же уместно включать в диагноз термины «колото-резаная рана», «огнестрельная рана», как имеющие достаточно специфичную морфологическую сущность). Второе понятие отражает совокупность повреждений, возникающих у определенных контингентов населения в определенных условиях, при которых возможно образование повреждений и от механического (травма тупыми и острыми предметами), и от термического (высокая температура), и от комбинированного воздействия. Именно эти последствия отражают сущность причиненного вреда здоровью. Сам же термин «автомобильная травма» указывает в первую очередь на условия возникновения травмы, а не на состояние здоровья, и поэтому в диагнозе он вполне может быть опущен. (Эта посылка, безусловно, не исключает необходимости отразить и обосновать в выводах сам факт и механизм образования всех обнаруженных повреждений в условиях автотранспортного происшествия.)

Уместно ли вводить в диагноз термины, отражающие согласно Международной классификации болезней (МКБ) «обстоятельства случая: или акта насилия». Строго говоря, сведе-

ния об обстоятельствах происшествия прозектор получает у родственников или сослуживцев погибшего, у очевидцев или следственных органов. Значит, для получения этих сведений не требуются ни специальные медицинские знания, ни специальные медицинские исследования. Первичные сведения об обстоятельствах могут быть умышленно или случайно искажены, следовательно, диагноз в этой части может оказаться неверным, причем по не зависящим от врача причинам. Недаром Большая медицинская энциклопедия (т. 17, с. 64) обращает внимание на то, что именно эта часть МКБ в наибольшей степени подвергается адаптации в соответствии с региональными особенностями здравоохранения каждой страны. Попутно напомним, что Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), вводя МКБ, ставила цель обеспечить преемственность при составлении и публикации статистических данных, относящихся к болезням и травмам. Ни в одной из 11 статей Положения о номенклатуре и классификации болезней ВОЗ не выдвигает никаких методических императивов относительно использования номенклатуры при составлении диагноза.

При формулировке первой рубрики диагноза в случае множественной сочетанной травмы также необходимо следовать патогенетическому принципу, дополняя его региональным. Однако группировка повреждений по частям тела с их перечислением «сверху вниз» (сначала повреждения головы, затем грудной клетки, живота и т. д.) не всегда соответствует патогенетической роли травмы отдельной части тела. Поэтому, раскрывая в диагнозе сущность сочетанной травмы, надо стремиться выявить и на первое место поставить травму той части тела, в которой обнаружены наиболее тяжелые повреждения.

При наличии нескольких осложнений основного заболевания (травмы) их следует приводить в последовательности, отражающей роль каждого в наступлении смертельного исхода. Такой порядок изложения может совпасть с хронологической последовательностью возникновения осложнений, но он не должен подменять собой патогенетическую последовательность, которой отдается предпочтение.

Если погибший получал оперативную помощь, в диагноз включаются все хирургические вмешательства. Прозекторская практика выработала два основных варианта: 1) хирургические вмешательства перечисляются в самом конце диагноза после

рубрики «сопутствующие заболевания»; 2) хирургические операции указываются непосредственно после тех заболеваний, повреждений или их осложнений, по поводу которых они выполнялись. Второй вариант в большей степени соответствует патогенетическому принципу построения диагноза, является общепринятым и приводится в методической литературе (А. А. Балябин, 1968; А. Г. Хазанов и И. А. Чалисов, 1976 и др.). Первый вариант и некоторые промежуточные рекомендации (например, перечислять хирургические операции после осложнений и перед сопутствующими заболеваниями) носят, по нашему мнению, искусственный характер.

Считаем излишним включать в диагноз изменения и повреждения посмертного происхождения, поскольку диагноз — это заключение о состоянии здоровья, а не о процессах, происшедших с мертвым телом. Эти явления должны быть отмечены и проанализированы в одном из пунктов выводов.

Исходя из сущности понятия «диагноз» и принципов его построения при формулировании диагноза необходимо пользоваться терминами, обозначающими название болезней (травм), их форм и вариантов течения. Ею всех случаях следует стремиться установить конкретную нозологическую форму, ее стадию, степень, вариант клинического течения, ведущий синдром, симптомокомплекс и т. п. и выразить все это в терминах действующей МКБ. Сделать это не всегда просто, поскольку нозология травмы еще недостаточно разработана в МКБ. В тех случаях, когда нозологическая форма не могла быть установлена проведенными исследованиями, при построении диагноза может быть использован синдромный подход. Однако диагноз, построенный по синдромному принципу, неполноценно отражает состояние здоровья больного или пострадавшего, так как не вскрывает причину страдания.

Принимая во внимание условие краткости заключения о состоянии здоровья, в диагноз, по-видимому, не следует включать элементы описания повреждений (например, локализацию переломов ребер относительно анатомических линий, форму и иную частную характеристику ушибленных ран и т. п.).

Необходимо поддержать А. А. Солохина и др. (1986), протестующих против включения в диагноз немедицинских терминов (например, «бампер-перелом», «следы скольжения на подошве обуви», «отпечатки протектора» и др.). Эти термины

ни в коей мере не способны отразить состояние здоровья — кардинальную сущность диагноза. Именно по этим причинам нельзя согласиться с предложением И. Г. Вермеля (1988) ограничить в диагнозе применение медицинских терминов, чтобы сделать его понятным следователю. Специальные медицинские термины следует разъяснять, а не подменять обывательскими понятиями.

Предлагаются три варианта расположения диагноза: 1) после описания данных секционного исследования; 2) после изложения результатов всех лабораторных исследований; 3) в первом пункте выводов. Чтобы составить определенное мнение по данному вопросу, необходимо четко отграничить понятие «диагноз» и понятие «этапы диагностики», отражающее диагностический процесс. По окончании секционного исследования диагноз, безусловно, необходим (прежде всего для заполнения «Врачебного свидетельства о смерти»). Этот диагноз и есть первый этап диагностики, базирующейся на результатах только секционного исследования. Этот диагноз фиксируется документально в «Свидетельстве о смерти». Видимо, непринципиально то, где еще дополнительно этот диагноз будет зафиксирован: в черновике, рабочем журнале эксперта и т. п. Если никаких дополнительных исследований не проводится, то диагностический процесс на этом завершается и установленный диагноз является окончательным.

Этот этап диагностики может оказаться промежуточным, если для определения сущности основного страдания, объема травмы, характера осложнений и сопутствующих заболеваний требуются дополнительные исследования, результаты которых учитывают при формулировании окончательного диагноза (диагностический процесс носит непрерывный характер, прекращение его зависит от совокупности объективных и субъективных причин — степени информативности результатов секционного исследования, возможностей материальной базы конкретного экспертного учреждения, квалификации эксперта и др.).

Необходим ли предварительный (промежуточный) диагноз в «Заключении судебно-медицинского эксперта»? Если поставить цель продемонстрировать в этом документе эволюцию диагностического процесса, то такой диагноз, так же как и резюме по всем последующим этапам диагностики, необходим.

Однако такая цель не вытекает ни из медицинской, ни из процессуальной сущности «Заключения судебно-медицинского эксперта». Цель экспертных действий сводится к проведению всего комплекса исследований, необходимых для полноценных и обоснованных ответов на вопросы следствия (например, обо всех повреждениях и заболеваниях, их роли в наступлении смертельного исхода). Основание для такого суждения может дать лишь окончательный диагноз. И хотя этапы диагностического процесса важны и необходимы, поскольку отражают внутреннюю логику диагностического мышления эксперта, они не являются самоцелью, так как следственные органы интересуют не столько процесс установления истины, сколько итог проведенного анализа, выраженный в форме обоснованного вывода.

По нашему мнению, не выдерживает критики аргумент о необходимости приводить в «Заключении судебно-медицинского эксперта» все диагнозы для последующего анализа эволюции врачебного мышления. Заключение — это в первую очередь процессуальный документ, содержание которого регламентируется УПК РСФСР, и лишь затем — источник информации для научных поисков и обобщений. Кстати, характер диагностического процесса в конкретном случае вполне определенно отражает весь комплекс и последовательность применения использованных методов исследования, а также умение эксперта дать полноценную аргументацию выводов.

Не выходит за рамки суждений о внешней форме полемика по поводу предпочтительности таких формулировок, как «предварительный патологоанатомический диагноз», «после получения результатов дополнительных исследований патологоанатомический диагноз изменен (уточнен, дополнен)».

Тезис о том, что результаты лабораторных исследований не влияют на диагноз, также вызывает возражения. Если эти методы (гистологические, судебно-химические и др.) используются для уточнения сущности травмы или заболевания, то их результаты необходимы для построения диагноза, если же они применяются с иной целью (например, для установления свойств травмирующего предмета и механизма его воздействия), их результаты не будут иметь отношения к диагнозу.

Где же место окончательного диагноза в «Заключении судебно-медицинского эксперта»? Он должен располагаться пос-

ле описания результатов тех исследований, на которых базируется. Считаем, что это можно сделать непосредственно перед выводами или в самих выводах, например в первом пункте.

Поскольку диагноз — медицинское резюме, вывод о состоянии здоровья, его можно рассматривать как: один из выводов экспертного заключения. Однако тогда закономерен вопрос: не будет ли противоречить диагноз, составленный из медицинских терминов, одному из требований, предъявляемых к выводам, — необходимости излагать их языком, понятным следователю? Это препятствие становится несущественным, если эксперт в своих выводах анализирует, оценивает и разъясняет сущность выявленных им фактов (в данном случае — повреждений или заболеваний). Также нельзя считать совершенно нелогичным и размещение диагноза перед выводами, хотя при этом неизбежны повторения, так как в первом пункте выводов традиционно приводится перечень всех установленных повреждений и заболеваний.

Установление диагноза — центральное звено в работе практического врача, так как правильное распознавание болезни является обязательным условием для выбора адекватной системы лечебных мероприятий, направленных на быстрое и полное выздоровление пациента. Применительно к работе Судебного медика установление диагноза связано с необходимостью решения двух задач: определения причины и гене за смерти (процесса наступления смерти), сличения прижизненного и посмертного диагноза.

С гносеологической точки зрения диагностика представляет собой один из видов познавательного процесса, который можно отнести к наиболее сложной области человеческого познания. В диагностике сочетаются объективные и субъективные, достоверные и вероятные методы и приемы познания, используются методы исследования почти всех естественных наук. При этом переоценка результатов, полученных с помощью одного приема или метода, может привести к необоснованным теориям диагноза и, следовательно, к неправильным выводам: и действиям врача.

Диагноз базируется на сопоставлении сведений о больном или пострадавшем, полученных путем анамнестических (путем опроса), клинических, секционных, лабораторных, инструментальных исследований, и существующих медицинских знаний о

повреждениях или заболеваниях. Чем точнее собрана необходимая информация, чем тщательнее проведено сопоставление, чем большими знаниями обладает врач, чем богаче его практический опыт, тем выше вероятность установления правильного диагноза.

Диагностика складывается из трех основных взаимосвязанных аспектов распознавания болезни: а) технического — применение различных методов прямого и опосредованного исследования; б) семиотического — оценка диагностического значения отдельных симптомов и морфологических признаков травмы или заболевания; в) логического — мышление врача в процессе установления диагноза.

Первой задачей диагностической познавательной деятельности врача, в том числе и судебно-медицинского эксперта, является всестороннее исследование живого человека или трупа с целью получения объективных фактов о состоянии функциональных и анатомических свойств организма. Отечественная медицина исторически выработала специфический научный аппарат клинического мышления, который опирается на диалектико-материалистическую сущность патологического (болезненного) процесса.

Система основных форм мышления, как известно, включает понятия, суждения и умозаключения.

В содержание *медицинского понятия* входит совокупность мыслимых свойств и отношений как признаков патологических процессов, отражаемых врачом. Для диагностики болезней и травм медицинская наука и практика выработали целую систему клинических понятий, таких как симптом, синдром, симптомокомплекс и др.

Исходными понятиями для диагностического мышления являются симптомы. *Симптом* — это любой признак повреждения или заболевания. В содержание этого понятия входят признаки, которые отличают больной организм от здорового.

Симптомы, как и морфологические признаки, обычно имеют положительное содержание: тахикардия (учащение сердцебиения), отеки нижних конечностей, асцит (жидкость в полости брюшины), атрофия мышц, гиперемия (увеличение кровенаполнения) и т. п. Содержание симптомов может носить и отрицательный характер: отсутствие алкоголя в моче в острой фазе алкогольной интоксикации, отсутствие кровоизлияний вокруг посмертных повреждений и др.

Будучи объективными, одни признаки прямо указывают на сущность патологического процесса, другие — косвенно. Например, кровотечение прямо свидетельствует о повреждении кровеносного сосуда, рентгенологически определяемое ограничение подвижности полых органов может косвенно указывать на наличие спаечных процессов.

Внешние проявления травмы или патологии отражают обычно скрытые причины патологического процесса. Как неотделимы свойства и признаки от качества предметов и явлений, так и симптомы нельзя отрывать от породивших их причин, т. е. от сущности болезни. Следовательно, симптомы — основа познания морфологических и функциональных проявлений болезни. Развитие болезни изменяет морфофункциональные свойства органов. Поэтому с помощью методов объективного и субъективного исследования врач и определяет сущность происшедших в организме изменений. Судебно-медицинский эксперт при дозированном давлении динамометром на трупное пятно делает заключение об агрегатном состоянии крови (жидкая, загустевшая) и стадии развития этого трупного явления. Иначе говоря, посмертные морфологические изменения, выраженные в совершенно определенной степени, внешне проявляются вполне определенной реакцией на вполне определенное механическое действие. «От листы симптомов идти к анатомическим и физиологическим ветвям, несущим их, а затем открывать корень страдания», — писал Ашар (цит. по Г. И. Царгородцеву, 1985). Это верно, так как симптомы обычно представляют собой проявление структурных, функциональных, биохимических, физико-химических изменений, происходящих в организме пострадавшего или больного.

Синдром — это группа симптомов, патогенетически (причинно) связанных между собой. Синдром отражает либо самостоятельную нозологическую форму (повреждение, заболевание), возникновение и развитие которой могут быть даже неясными, либо составную часть симптомокомплекса болезни, закономерно возникающую на определенном этапе страдания, либо относительно специфический показатель поражения определенного органа или нескольких важных органов или систем.

Обычно в синдром входит клиническая картина, включающая совокупность симптомов, свидетельствующих о поражении нескольких органов и систем организма. Значение понятия

«синдром» состоит в том, что в него входят основные признаки болезни, в силу чего он в клинической картине занимает ведущее место, требуя от врача целенаправленных лечебных мероприятий еще до установления диагноза болезни.

Во врачебном диагностическом мышлении широко применяется такая форма логического отражения, как *суждение*. Суждение является формально логическим отображением действительности в мышлении. Правильно построенное суждение позволяет врачу избежать многих логических ошибок. Разные составные элементы суждения, являясь переменными, обуславливают при постановке диагноза динамику нашего мышления по определенным логическим законам.

Столь же важную роль в процессе познавательной диагностической деятельности клинициста и патоморфолога играют *умозаключения*.

При постановке диагноза умозаключения используются на всех этапах этого процесса, и в частности; при установлении конкретной болезни, конкретного повреждения.

В судебно-медицинской практике при проведении экспертизы живых лиц для установления диагноза широко используется клинический метод. Сущность этого метода состоит в непосредственном обследовании пострадавшего с помощью органов чувств врача, некоторых простейших приборов, увеличивающих разрешающие свойства органов чувств, а также физических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Клинический метод включает и сбор анамнеза (сведений о начале и развитии страдания). Отличительной особенностью судебно-медицинского подхода к оценке анамнестических данных является критическое их осмысление, скрупулезное сопоставление с объективно установленной симптоматикой, поскольку в целом ряде случаев пострадавший может быть заинтересован в искаженном представлении о состоянии его здоровья и обстоятельствах возникновения у него травмы или заболевания (симуляция, аггравация, боязнь ответственности за совершенное преступное деяние, диссимуляция и т. п.).

При судебно-медицинской экспертизе трупа также применяется комплексный метод получения объективной информации. Если смерть наступила в стационаре, то первым объектом исследования становится история болезни пострадавшего, которая нередко дополняется и другими медицинскими докумен-

тами (амбулаторной картой, свидетельствами, справками и др.). При изучении медицинской документации целенаправленно обращается внимание на развитие клинической картины, результатов лабораторных и инструментальных исследований, изменения состояния здоровья под влиянием активных и консервативных методов лечения, особенности клиники умирания. Из документации судебно-медицинский эксперт черпает информацию, включающую не только описание симптомов, синдромов, результатов разнообразных лабораторных анализов и исследований, но и оценку собранных сведений в виде клинического диагноза. Уже на этапе изучения документов эксперт оценивает степень обоснованности клинического диагноза, достаточности записей в истории болезни об объективных признаках тех страданий, которые включены клиницистами в заключение о состоянии здоровья пациента.

В случаях смерти на месте происшествия объектом исследования будут следственные документы: протокол осмотра места происшествия, содержащий сведения о первичном состоянии трупа, протоколы следственного эксперимента, допросов и др.

Объектом прямого непосредственного изучения судебно-медицинского эксперта является труп. Врач выявляет внешние (наружное исследование трупа) признаки травмы и патологии, изучает морфологические изменения внутренних органов и тканей (внутреннее исследование трупа), проводит дополнительные исследования (непосредственную микростереоскопию, гистологические и гистохимические исследования, изучает объект в инфракрасных и ультрафиолетовых лучах и т. д.). Одни исследования эксперт проводит самостоятельно, другие — с помощью иных специалистов. На всех этапах экспертного исследования должен обеспечиваться принцип всестороннего, полного и объективного подхода к изучению объекта экспертизы.

Следующая после получения полной информации об объекте экспертного исследования задача врача состоит в анализе, обобщении и объяснении выявленных фактов, в построении логической формулы — диагноза, что представляет собой сложный мыслительный процесс.

Общий путь диагностического процесса определяется закономерностью, установленной диалектико-материалистической

теорией познания: от конкретно-чувственного к абстрактному и от него к конкретному. Исследование дает сведения об общем состоянии пострадавшего или больного, о состоянии различных органов и систем, т. е. многообразное, обширное, конкретно-чувственное знание, которое раскрывает реальный болезненный или травматический процесс во всей его полноте. Конкретная нозологическая форма выступает в диагностике как научная абстракция, к которой следует относить выявленные расстройства здоровья. При этом диагноз становится абстрактной логической конструкцией, состоящей из ряда научных понятий.

Диагностический процесс складывается из двух этапов: аналитический и синтетический.

При этом анализ и синтез должны рассматриваться в диалектическом единстве как две стороны единого мыслительного процесса.

Анализ, с одной стороны, заключается в мысленном расчленении изучаемого предмета на составные части, а с другой — в выделении признаков предмета для их изучения в отдельности как составных элементов единого целого. Все предметы и явления объективной действительности бесконечно сложны и имеют бесчисленное множество свойств, признаков, отношений, связей. Поэтому восприятие предмета или явления в целом чаще всего дает о них только самое поверхностное представление, которое, впрочем, может быть полезным, а иногда и весьма ценным.

Во врачебной деятельности, как и в других сферах умственного труда, синтез не означает простого суммирования всех выявленных фактов и сведения их в элементарную совокупность. При формировании врачом представления о целостной картине травмы или болезни наихудшим было бы простое механическое складывание симптомов. Это неизбежно привело бы к искажению истины и, как следствие, к диагностической ошибке. При формулировании диагноза мысленно синтезировать следует только то, что в своей совокупности составляет целое именно в действительности, т. е., если говорить о диагностике конкретного заболевания или повреждения то, что обусловлено этиологией (причиной) и патогенезом (развитием) данной нозологической формы.

Построение диагноза и его обоснование — важнейший этап мыслительной деятельности любого практического врача.

По способу построения и обоснования различают прямой (обоснованный) диагноз и дифференциальный. Иногда, преимущественно в клинической практике, выделяют диагноз по данным наблюдения и диагноз по лечебному эффекту. Между тем оба они составляют лишь дополнительные приемы диагностики, которые сводятся к двум основным видам диагноза — прямому и дифференциальному.

Принято выделять два основных этапа в построении диагноза. Первый — *косвенное обоснование диагноза*, один из элементов которого — построение умозаключения по аналогии. Результатом мыслительной деятельности врача на этом этапе является гипотетический вывод (дифференциальный диагноз). Второй — *прямое обоснование диагноза* путем построения условно-категорического силлогизма, дающего достоверный вывод (достоверный диагноз).

Дифференцируя, врач вначале отделяет картину данного страдания от абстрактных клинико-морфологических картин других нозологических форм, а затем выдвигает диагностическую гипотезу о заболевании или повреждении и особенностях его проявления у конкретного больного или пострадавшего. Выдвигая или отклоняя ту или иную диагностическую гипотезу, врач опирается на имеющиеся у него теоретические знания, приобретенный практический опыт и выработавшуюся на их основе врачебную интуицию. Уже на этом этапе можно достичь довольно высокой вероятности истинности диагностического вывода. Однако это лишь начальный этап диагностического процесса, и в каждом случае клиницист или морфолог должен стремиться к прямому, объективному и всестороннему обоснованию диагноза с целью получения достоверного и окончательного вывода. Возможны следующие основания для достоверного диагностического вывода: выявление специфического этиологического фактора, наличие специфических симптомов, синдромов или симптомокомплексов, сформировавшегося представления обо всех звеньях патогенеза конкретной нозологической формы.

Выясняя анамнез или катамнез, проводя всестороннее и объективное исследование живого человека или мертвого тела, размышляя над диагнозом, намечая структуру резюмирующей части заключения, судебно-медицинский эксперт всегда должен иметь в виду особенности конкретной экспертизы, которые

характеризуются частным вариантом возникновения и развития травмы или болезни, частным вариантом повреждающего предмета, частным вариантом механизма травматического воздействия и т. д. Решая вопрос о причине смерти, оценивая роль травмы и патологии (заболевания), судебно-медицинский эксперт имеет дело не с абстрактной нозологической единицей, а с конкретным вариантом общего, отличающимся индивидуальностью в морфофункциональном отношении у конкретного пациента.

Вполне естественно, что судебный медик не может оценить всего переплетения свойств, признаков, многообразия связей организма человека с окружающей средой. Однако всестороннее исследование трупа или живого человека, тщательная оценка полученных данных служат надежными предпосылками, позволяющими правильно, в соответствии с действительностью распознать травматический или патологический процесс.

Диагностический процесс не имеет ни временных, ни пространственных границ, отделяющих чувственное и логическое познание. Не случайно еще С. П. Боткин считал, что уже в самом начале диагностического процесса необходимо не только собирание фактов, но и их критический анализ, отделение основного от второстепенного и случайного.

Изучение обстоятельств возникновения происшествия, секционное, лабораторное и инструментальное исследование можно отнести к чувственной ступени познания. Но уже на этой ступени эксперт в той или иной мере занимается анализом, группированием и систематизированием полученных материалов.

В процессе установления диагноза клиницист или морфолог постоянно используют различные дополнительные сведения о больном или пострадавшем. И на стадии непосредственного чувственного познания, и при логическом размышлении о возможном диагнозе обязательно корректируют представления, сопоставляемые с результатами дополнительных лабораторных, инструментальных и специальных исследований.

Специфичность и своеобразие диагностического процесса определяются, в частности, тем, что объектом познания является такая сложная и подвижная система, как человек, в жизнедеятельности которой интегрируются, субординируются и проявляются все известные законы движения материи.

В диагностической деятельности судебно-медицинскому эксперту в большей степени, чем любому другому практическому врачу, приходится более тщательно дифференцировать объективные и субъективные данные. От понимания соотношений объективного и субъективного, их роли и удельного веса в развитии и течении патологических процессов зависит точность диагноза.

Процесс построения диагноза не может рассматриваться упрощенно как простое решение логической задачи. Он должен опираться на законы диалектики и весь сложный аппарат логического мышления.

Каждый диагноз — это научное определение, выражение сущности предмета. Для того чтобы он был обоснованным, необходимо в каждое определение включить достаточное количество фактов, подтверждающих выводы.

В методологическом отношении диагноз — это решение научно-познавательной задачи, что возможно лишь при правильном сочетании объективного и субъективного. Любое человеческое восприятие является одновременно субъективным по форме и объективным по содержанию. Диалектическое противоречие этих категорий сопровождает каждый отдельный этап человеческого познания. Особенно же оно усиливается в диагностическом процессе. Причины диагностических и врачебных ошибок следует рассматривать с философских позиций субъективного и объективного. В то же время следует помнить, что объективные трудности не порождают ошибок, а только создают условия для их возникновения.

Любая практическая и научная деятельность заканчивается подытоживанием собранных фактов. В судебной медицине такое подытоживание выражается в выводах. Им всегда сопутствуют такие философские категории, как сущность и явление. В диалектическом понимании сущность — это внутренняя сторона объективной действительности, определяющая природу данного явления. В судебно-медицинской практике встречались попытки объяснить некоторые явления без объективной оценки самой сущности. Примером могут служить экспертные выводы о том, что спонтанные субарахноидальные кровоизлияния (один из видов кровоизлияний иод оболочки головного мозга) возникают после закрытой тупой травмы головы. Такое определение уже само по себе находится в противоречии с

основными законами диалектики. В медицинском понимании термин «спонтанный» означает самопроизвольный. В теоретическом же отношении самопроизвольность сама по себе, в чистом виде не существует. Любому явлению всегда предшествуют какие-либо факторы, эндогенные (внутренние) или экзогенные (внешние). Они могут быть сущностью данного явления, его внутренней стороной. В таком понимании травма, даже незначительная, выступает как сущность, как пусковой механизм нового явления, нового качественного состояния — субарахноидального кровоизлияния.

Одна из ведомственных функций судебно-медицинского эксперта — сличение клинического и анатомического диагноза. Корректное сопоставление обоих диагнозов может иметь место только в том случае, если оба сравниваемых диагноза построены по одному принципу. Таким принципом в современной медицине является патогенетический принцип, выражающийся в последовательном изложении в диагнозе основного заболевания или основной травмы, их осложнений и сопутствующей патологии.

В случаях смерти от множественных повреждений в первой части диагноза необходимо в правильном порядке расположить значительное число повреждений, отличающихся по характеру, локализации и тяжести. Анализ судебно-медицинских заключений показал, что эксперты далеко не однозначно решают эту задачу. Встречаются четыре варианта построения первой части диагноза: а) группировка повреждений по механизму их возникновения; б) группировка повреждений по их локализации; в) группировка повреждений по их тяжести и объему; г) бессистемное перечисление повреждений.

Последний вариант не требует комментария, так как в нем вовсе отсутствует какой-либо принцип.

Группировка повреждений по механизму их возникновения, по мнению приверженцев этого принципа, позволяет создать основу для последующей формулировки выводов судебно-медицинского заключения. Причем, для того чтобы подчеркнуть судебно-медицинскую специфику, в диагноз включают такие термины, как «следы (или отпечатки) протектора, «бампер-перелом», «огнестрельное повреждение от выстрела в упор» и т. п. (о недопустимости их использования уже говорилось выше). Несомненно, что группировка повреждений по

механизму их возникновения может быть полезной при: формулировке выводов, однако она не может подменить собой диагноз, построенный таким образом, чтобы его можно было сравнить с клиническим.

Группировка повреждений по их локализации допустима, однако ее не следует сводить к простому перечислению повреждений, располагающихся в отдельных частях тела. По-видимому, нельзя согласиться с рекомендациями группировать повреждения по системе «сверху вниз»: вначале повреждения головы, затем — груди, живота, таза и т. д., или «снаружи внутрь»: повреждение кожи, затем — мышц, костей и т. д. Такая группировка отличается механистическим подходом, при котором невозможно учитывать иерархическую значимость различных повреждений в конкретном наблюдении.

Нет сомнений, что наиболее верным было бы такое группирование повреждений, при котором можно учитывать значение каждого из выявленных повреждений в наступлении смертельного исхода (т. е. третий вариант). Однако сложность систематизации повреждений при множественной травме определяется тем, что нередко повреждения, имеющиеся в разных частях тела, примерно одинаковы по объему, тяжести и, следовательно, по степени влияния. В таких случаях в развитии и наступлении смерти вероятнее всего имеет значение не столько какое-то отдельно взятое повреждение, сколько их совокупность. Причем здесь важно не простое суммирование, а возникновение качественно нового патологического состояния (синдром взаимного отягощения). В этой связи при множественных повреждениях вполне уместно рекомендовать введение в диагноз такого понятия, как *«сочетанная травма»*. Менее удачно применять в таких случаях термины «комбинированная травма», «множественная травма», «политравма». Понятие *«комбинированная травма»* используется хирургами для обозначения повреждений, причиненных двумя или более принципиально отличающимися повреждающими факторами: механическим и термическим, механическим и радиационным и т. п. *«Множественная травма»* и ее синоним *«политравма»*, отражают лишь количественную сторону повреждения.

Для примера можно предложить следующие формулировки основного повреждения в диагнозе:

а) сочетанная закрытая тупая травма грудной клетки и живота с множественными переломами III - X правых ребер, обширными разрывами нижней доли правого легкого, правой доли печени, правой почки, кровоизлияниями в правую плевральную полость (1800 мл жидкой крови), полость брюшины (400 мл жидкой крови) и забрюшинную клетчатку;

б) сочетанная закрытая тупая травма живота и таза с размождением селезенки, полным поперечным разрывом печени, множественными трещинами ткани правой почки, двойными двусторонними переломами тазового кольца, кровоизлияниями в полость брюшины (1200 см³ жидкой крови и кровяных сгустков) и забрюшинную клетчатку;

в) сочетанная тупая травма таза и правой нижней конечности с закрытыми оскольчатыми переломами крыльев обеих подвздошных костей, разрывами обоих крестцово-подвздошных сочленений, кровоизлияниями в клетчатку малого таза и открытым оскольчатым переломом верхней трети диафиза правой бедренной кости с размождением задней группы мышц бедра, отслойкой кожи бедра и голени, обширными кровоизлияниями в мягкие ткани на всем протяжении правой нижней конечности.

Приведенные примеры показывают максимально короткий вариант построения диагноза при сочетанной травме. В развернутом полном виде диагноз целесообразно формулировать по следующей схеме: вид травмы, обобщающая формулировка сочетанной травмы (основное повреждение), формулировка повреждений отдельных частей тела — составных элементов сочетанной травмы, оперативные вмешательства, предпринятые по поводу основного повреждения, осложнения основного повреждения, оперативные вмешательства по поводу осложнений основного повреждения, сопутствующие заболевания и повреждения, случайные находки при исследовании трупа, посмертные изменения. Предложенный вариант построения диагноза в наибольшей степени отражает причинно-следственный подход к диагностике.

Пример развернутого диагноза:

Автомобильная травма

1. Сочетанная тупая травма грудной клетки, головы и левой нижней конечности:

а) закрытая тупая травма грудной клетки с разрывами нижней доли левого легкого, очаговыми кровоизлияниями под эпикард (наружную оболочку сердца), в заднюю стенку левого желудочка сердца, двойными переломами IV, VI-X левых ребер, разрывами пристеночной плев-

ры, кровоизлияниями в левую плевральную полость (1600 мл жидкой крови), в прикорневую зону обоих легких, в парааортальную клетчатку;

б) черепно-мозговая травма с очаговыми ушибами коры основания правых лобной и височной долей, правосторонней субдуральной гематомой (кровоизлиянием под твердую мозговую оболочку) — 50 см, очаговыми кровоизлияниями под паутинную оболочку основания обеих лобных и правой височной долей, открытым переломом левой половины чешуи затылочной кости, ушибленной раной левой половины затылочной области;

в) открытые оскольчатые переломы средней трети диафиза (цилиндрической части) обеих костей левой голени с размозжением мышц и подкожной клетчатки и тотальной циркулярной отслойкой кожи.

2. Острая массивная кровопотеря. Выраженное малокровие внутренних органов. Субэндокардиальные (под наружную оболочку сердца) очаговые кровоизлияния (пятна Минакова).

3. Гипертоническая болезнь: гиалиноз артериол сердца, головного мозга и почек, гипертрофия миокарда, увеличение массы сердца, артериолосклеротический нефросклероз (медицинские термины для обозначения проявлений гипертонической болезни).

4. Послеоперационный рубец в правой подвздошной области.

Построение диагноза по единому патогенетическому принципу всеми судебными медиками не только является основой успешного выполнения ведомственной функции судебно-медицинского эксперта по оказанию органам здравоохранения помощи в совершенствовании лечебно-профилактической работы в самых широких масштабах, но и позволяет систематически совершенствовать врачебно-экспертное мышление.

Углубленный анализ непосредственных причин смерти при травматической болезни показал, что примерно в одной четверти случаев не представляется возможным выделить какую-либо одну из них, так как не находится достаточных объективных данных, которые позволили бы отдать предпочтение какой-либо одной из нескольких нозологических форм в наступлении летального исхода. В таких случаях, по-видимому, следует говорить о сочетанной непосредственной причине смерти, которая может встретиться в следующих вариантах: а) сочетание травмы и ее первичных проявлений в виде шока и кровопотери с инфекционными осложнениями; б) сочетание травмы и ее первичных проявлений с неинфекционными осложнениями; в) сочетание инфекционных и неинфекционных осложнений.

Эти данные подтверждены А. С. Сергеевым (1980), который фовел целенаправленное изучение большого объема секционного материала. Пытаясь выделить какую-то одну непосредственную причину смерти, он применил посегментарное исследование легких погибших людей и комплексное посмертное рентгенологическое обследование, включавшее обзорную рентгенографию грудной клетки и препарата легкого, бронхографию (исследование воздухоносных путей) и ангиопульмонографию (исследование кровеносных сосудов легкого). Несмотря на столь глубокое и всестороннее изучение, он не смог выявить однозначную непосредственную причину смерти в 26,7 % случаев.

Наиболее сложным представляется диагностический процесс при необходимости оценить роль травмы и патологии в наступлении смерти в отдельно взятом случае.

При вскрытиях трупов лиц, находившихся на лечении в стационаре по поводу травм, нередко находят выраженные морфологические признаки тяжелых заболеваний. Эти случаи одинаково трудны и для клинициста и для морфолога. Недостаточно критичное отношение к анамнезу и объективным проявлениям заболевания нередко влечет за собой диагностические ошибки, а иногда и лечебные. В судебно-медицинской литературе мало внимания уделяется анализу таких наблюдений. Лишь время от времени появляются интересные сообщения, касающиеся в основном отдельных практических наблюдений (К. Н. Калмыков, М. Я. Чечелашвили и В. Л. Попов, 1980; А. Л. Корсаков и др., 1980 и др.).

Примеры:

1. Е. (31 год) 23.03.77 г. в нетрезвом состоянии боролся с приятелем. При этом ударился головой о пол. Сознание не терял. В течение четырех дней ходил на работу. 28.03.77 г. появились слабость в левых конечностях, судороги, нарушилась функция дыхания. 29.03.77 г. потерял сознание и в тот же день был госпитализирован. При поступлении: АД (артериальное давление) 240/140 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин, симптомы поражения стволового отдела мозга. В день поступления оперирован: удалена внутримозговая гематома из правой теменной /Юли объемом 50 см³. В послеоперационный период состояние постепенно ухудшалось. На десятый день после операции пациент умер при явлениях быстро развившейся мозговой комы. Клиницистами был выставлен следующий диагноз: тяжелый ушиб головного мозга, пре-

имущественно базальных отделов, ствола и правого большого полушария, внутримозговая: гематома правой теменной доли, субарахноидальное кровоизлияние; гипертоническая болезнь II степени. При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружено: выраженные признаки гипертонической болезни, кровоизлияние в правое большее полушарие головного мозга, кровоизлияние во все желудочки и субарахноидальное пространство головного мозга, двусторонняя пневмония; признаков травмы головы (повреждений мягких покровов головы, переломов черепа, очаговых ушибов коры больших полушарий и т. п.) не установлено. Иначе говоря, смерть наступила от последствий тяжелого заболевания — гипертонической болезни.

2. А. (49 лет) 09.01.78 г. поступил в хирургическое отделение с жалобами на тошноту и головную боль. За два дня до этого получил удар по голове каким-то предметом, свалившимся на него во время разгрузки автомобиля. При поступлении состояние удовлетворительное, неврологический статус без изменений. Переведен в психиатрическое отделение с диагнозом легкий ушиб головного мозга, алкогольный делирий. Через неделю развилась левосторонняя мозговая очаговая симптоматика. Возвращен в хирургическое отделение; произведена правосторонняя трепанация черепа с удалением старой инкапсулированной плащевидной субдуральной гематомы объемом 200 см³. Смерть наступила через четверо суток после операции. Клинический диагноз: ушиб головного мозга, подострая субдуральная гематома, двусторонняя пневмония, хронический алкоголизм. На вскрытии обнаружено: типичная морфологическая картина давнего хронического воспалительного заболевания оболочек головного мозга (внутреннего геморрагического пахименингита), хроническая старая зеленоватобурая правосторонняя субдуральная гематома, отек и дислокация головного мозга, двусторонняя пневмония.

Анализ обоих случаев показывает явную переоценку анамнестических данных. В первом наблюдении высокие показатели артериального давления в сочетании с учащением пульса определяли необходимость собрать более подробный анамнез, запросить и изучить медицинскую амбулаторную документацию, обеспечить динамический клинический контроль за величиной артериального давления и т. д. Сам факт обнаружения крупной внутримозговой гематомы в области серых узлов основания уже позволял заподозрить патологическое происхождение этого кровоизлияния и не был характерным для травмы. Несмотря на это, под впечатлением первичной субъективной информации пациент в течение десяти суток расценивался как травматический больной. Еще более показательным второе наблюдение,

так как патологическое происхождение субдуральной гематомы могло быть установлено уже в ходе оперативного вмешательства на основе характерной картины поверхности головного мозга при внутреннем геморрагическом пахименингите.

Судебно-медицинская практика располагает данными о недооценке роли травмы в происхождении внутричерепных кровоизлияний.

Пример:

Р. (55 лет), находясь в нетрезвом состоянии, упал и ударился головой о пол. Сознание не терял. Самостоятельно пришел домой. Дома почувствовал себя плохо. Госпитализирован с диагнозом черепно-мозговая травма. В анамнезе — гипертоническая болезнь. АД при поступлении 190/100 мм рт. ст. В день поступления оперативно удалена левосторонняя субдуральная гематома объемом 150 см³. На операции обнаружен участок ушиба коры левой височной доли. На рентгенограммах — трещина чешуи левой височной кости. Клинический диагноз: гипертоническая болезнь Н-Ш ст., гипертонический криз, левосторонняя субдуральная гематома. Смерть наступила через 18 ч после операции. При вскрытии трупа обнаружено: перелом чешуи затылочной кости, продолжающийся на затылочную кость и в заднюю черепную ямку, переломы тела основной кости и решетчатой кости, кровоизлияния в субдуральное и субарахноидальное пространство, ушибы коры левой височной, правых теменной и лобной долей, двусторонняя очаговая пневмония, умеренно выраженные признаки гипертонической болезни (масса сердца 320 г, толщина мышцы левого желудочка сердца 1,6 см, начальные явления атериолонефросклероза). Иначе говоря, причиной смерти была травма, а не заболевание.

Описанные случаи наглядно показывают, что к диагностическим ошибкам ведет как недооценка, так и переоценка первичной информации. Анамнестические данные всегда субъективны и в ряде случаев дают искаженное представление об истинном состоянии больного или пострадавшего. Все это определяет необходимость подтверждения (или исключения) анамнестических сведений данными, полученными в результате изучения предшествующей медицинской документации, всестороннего и объективного клинического обследования и столь же обстоятельного исследования трупа.

Было бы неверно считать, что трудности дифференцирования травмы и патологии возникают лишь при наличии у погибшего механических повреждений. Примером тому может служить ожоговая травма.

Проанализировано 259 ожоговых травм, закончившихся летально в специализированном стационаре по лечению термических пораженных. В 76 % ожоги были вызваны действием пламени, в 21 % — кипящей и горячей жидкости. В единичных случаях (3 %) причиной ожогов были расплавленный металл, кипящая пищевая масса, кипящая смола, пар.

Площадь глубоких ожогов у погибших составляла от 3 до 85 % всей поверхности тела. В первые сутки погибли 23 % от общего числа пострадавших, во вторые-десятые — 40 %, \o сроки свыше десяти дней — 37 %.

Непосредственными причинами смерти были ожоговый шок, инфекционные осложнения, ожоговое истощение, острая почечная недостаточность, кровотечение из острых язв желудка и т. д. В первые сутки смерть в основном наступала от ожогового шока. Во вторые-десятые сутки непосредственные причины смерти отличались значительным разнообразием: ожоговая токсемия, инфекционные осложнения, острая почечная недостаточность, кровотечение и т. д. В последующий период смерть наступала преимущественно от инфекционных осложнений и последствий ожогового истощения.

Вместе с тем было обращено внимание на группу погибших, у которых площадь глубоких ожогов не превышала 5-7 % всей поверхности тела. Они составили около 19 % от общего числа изученных пострадавших.

Среди погибших с малой площадью глубоких ожогов патология внутренних органов отсутствовала только в 20 %. В этих случаях ожоги, как правило, локализовались на голове и сочетались с поражением дыхательных путей продуктам»! горения. Смерть в этой группе наступала в период ожоговой септикотоксемии (сочетания гнойных и токсических явлений) в основном от пневмонии. У 80 % погибших с малой площадью глубоких ожогов были обнаружены различные заболевания: гипертоническая болезнь, атеросклероз, менингоэнцефалит (воспаление оболочек и ткани головного мозга), туберкулез легких, злокачественная опухоль кишечника, сывороточный гепатит (воспаление печени), хронический алкоголизм. Среди всей патологии заболевания сердечно-сосудистой системы явно преобладали в количественном отношении, остальные страдания были отмечены лишь в единичных случаях. Возраст умерших с заболеваниями сердечно-сосудистой системы был преимущественно

более 60 лет. Смерть этих пострадавших наступала в основном в период ожогового шока или в период ожогового истощения. Все это дало основание для предположения о том, что в генезе смерти в этих случаях ведущую роль могла играть острая сердечная недостаточность. Клиническим подтверждением этого предположения было то, что смерть наступала, как правило, внезапно. Повторное гистологическое исследование сердца дало морфологическое подтверждение предположения о смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности: белковое пропитывание и отек стенок венечных артерий и их ветвей, плазморрагии в мелких артериальных сосудах (пропитывание стенок сосудов плазмой крови), локальное взбухание в просвет артериол (мелких артерий), ограниченных участков интимы (внутренней оболочки сосудов), дискоидный распад миофибрилл (мышечных волокон), рассеянные диапедезные (мелкие околососудистые) кровоизлияния, очаговая фрагментация миокарда (сердечной мышцы) и т. д.

Приведенные данные позволяют в рассмотренных случаях сердечную патологию выделить в качестве основного заболевания, а ожоговую травму в виде термических поражений малой площади — как сопутствующее повреждение (повод, условие), способствовавшее более быстрому наступлению смерти от основного заболевания.

Такая оценка соотношения роли травмы и патологии может оказаться полезной для клиницистов при определении лечебной тактики по отношению к пострадавшим с относительно небольшой площадью глубоких ожогов кожи. Она будет правильным отражением истинной роли травмы и патологии при судебно-медицинской оценке процесса наступления смерти.

Особенно ответственно нужно подходить к суждениям о причине смерти, наступившей во время проведения оперативного вмешательства или медицинских процедур. Помимо медицинских здесь решаются вопросы, определяющие характер и степень юридической ответственности медицинского работника. Судебно-медицинская практика и специальная литература отражают чрезвычайное разнообразие решения одинаковых задач при сходных начальных обстоятельствах. Одной причиной такого положения является то, что степень влияния оперативных вмешательств и медицинских процедур на орга-

низм больного или пострадавшего зависит от многих причин: объема, характера, способа и степени риска хирургического вмешательства, характера, локализации и тяжести основного повреждения или заболевания, наличия и тяжести сопутствующей патологии, полноты и достаточности предоперационной подготовки, правильности выбранного метода хирургического лечения и правильности выбора момента выполнения операции или процедуры, метода обезболивания, возраста, состояния общей сопротивляемости организма и т. д. Другая причина — недостаточная разработка этого вопроса в судебно-медицинской литературе. Работы И.Т. Вермеля (1974), М. И. Касьянова (1963) и некоторых других авторов скорее могут быть основанием для постановки вопроса, чем его решением.

В этой связи приведем несколько вариантов судебно-медицинской оценки роли основного страдания и последствий оперативного вмешательства:

рак желудка; во время операции удаления желудка скальпелем поврежден крупный кровеносный сосуд — нижняя полая вена; смерть наступила на операционном столе. Оценка: а) повреждение нижней полой вены произошло в результате манипуляций хирурга; б) повреждение не связано с имевшимся у пациента заболеванием, по поводу которого проводилось оперативное вмешательство; в) причина смерти — повреждение нижней полой вены, сопровождавшееся острой массивной кровопотерей;

рак легкого, прорастающий переднюю стенку груди в зоне подключичных крупных магистральных кровеносных сосудов; во время операции при попытке выделить подключичную вену из опухоли, прораставшей в ее стенку, сосуд был поврежден инструментом; смерть наступила на операционном столе. Оценка: а) основное заболевание — рак легкого; б) повреждение сосуда — осложнение оперативного вмешательства, причина которого прямо связана и в существенной степени предопределена характером, тяжестью и локализацией основного страдания;

открытый перелом шейки бедра у 83-летнего мужчины; операция металлоостеосинтеза (соединение отломков металлической конструкцией); смерть наступила на операционном столе. Оценка: а) основное повреждение — перелом бедренной кости; б) оперативное вмешательство следует рассматривать как сопутствующую травму, которая вместе с имевшимися у погибшего тяжелыми изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы способствовала более быстрому наступлению смертельного исхода.

Приведенные примеры показывают, что в каждом конкретном случае экспертная оценка должна максимально учитывать как особенности заболевания и оперативного вмешательства, так и индивидуальные свойства организма умершего.

Самостоятельной научной задачей, также касающейся проблемы соотношения травмы и патологии, является скоропостижная смерть, сопровождающаяся наличием повреждений на теле умершего. Если травма непосредственно предшествовала смертельному исходу, это еще не значит, что она явилась причиной смерти. Если погибший страдал при жизни тяжелым заболеванием, то это не значит, что оно и только оно было причиной смерти. Предпочтение может быть отдано либо тяжелой декомпенсированной патологии при небольшом объеме и поверхностном характере повреждений, либо тяжелой травме при наличии заболеваний, еще не вызвавших глубоких некомпенсированных изменений органов и систем организма. Если травма и патология (каждая в отдельности) представляют собой страдания, выраженные в тяжелой степени, то определить ведущее значение одной из них может помочь внимательный анализ динамики клинической картины, определение основного симптомокомплекса, характера, механизма, темпа и непосредственной причины смерти. В тех случаях, когда невозможно отдать предпочтение в генезе смерти травме или патологии, говорят о конкурентных (конкурирующих) или сочетанных причинах смерти. Этими понятиями не следует, однако, злоупотреблять, так как нередко за ними кроется незнание прозектора, неполноценно проведенное исследование трупа, недостаточно глубокое изучение истории болезни, необоснованность выводов и т. п.

Пример судебно-медицинской оценки роли травмы и патологии в случае скоропостижной смерти:

М. (49 лет) неожиданно упал на лестничной клетке. Подбежавшему соседу успел сказать, что кто-то только что сильно ударил его по голове палкой. Потерял сознание. Скорой помощью доставлен в нейрохирургическое отделение в коматозном состоянии. Смерть наступила через два часа. На вскрытии обнаружено: кровоизлияния в мягкие ткани затылочной области, череп цел, твердая мозговая оболочка напряжена, подоболочечные пространства свободны от крови, в левом большом полушарии обширное скопление крови (гематома) шаровидной формы диаметром 6 см, кровь во всех желудочках мозга; сердце массой 600 г, толщина мышцы левого желудочка сердца 2,4 см, право-

го — 0,6 см, полости сердца расширены; почки уменьшены в объеме, поверхность их мелкозернистая. Гистологическое исследование выявило признаки гипертонической болезни. В амбулаторной карте умершего имеются сведения о том, что он в течение ряда лет страдал гипертонической болезнью, у него постоянно отмечалось повышенное артериальное давление до 220-240/120-160 мм рт. ст. Судебно-медицинская оценка: а) причина смерти — гипертоническая болезнь, осложнившаяся кровоизлиянием в ткань головного мозга типичной локализации; б) травма головы ограничена единичным повреждением (кровоподтеком в мягких тканях волосистой части головы) и не находится в причинной связи с наступлением смертельного исхода; в) при исследовании трупа не установлено типичных морфологических проявлений черепно-мозговой травмы (очаговых ушибов коры головного мозга, кровоизлияний под оболочки мозга, переломов мозгового и лицевого черепа и т. п.); г) субъективное ощущение удара палкой по голове М. совпадает с субъективными ощущениями больных, перенесших инсульт — кровоизлияние в мозг (в момент начала кровотечения больные чувствуют сильный удар по голове каким-то тяжелым предметом). Уголовное дело, возбужденное по заявлению соседа М., было прекращено после ознакомления следователя с заключением судебно-медицинского эксперта.

Итак, судебно-медицинская оценка повреждений на трупах скоропостижно умерших предполагает решение двух основных задач: установление характера травмы и ее роли в генезе смерти; определение характера заболеваний и их роли в генезе смерти. Первая задача подразумевает решение вопросов о свойствах травмирующего предмета, механизме его действия (место, направление, сила, способ травматического воздействия, время и площадь соударения и др.), прижизненное[™], давности, последовательности, одномоментности или одновременности возникновения нескольких повреждений. Вторая задача решается на основе критической оценки данных анамнеза, медицинских сведений о прижизненном состоянии здоровья, данных клинического течения травмы и заболевания, обстоятельств гибели.

С наименьшими сложностями сталкиваются судебные медики при необходимости учитывать значение предшествующей патологии у пострадавших при проведении судебно-медицинской экспертизы живых лиц. Основная причина трудностей — недостаточная теоретическая разработка, отсутствие обобщений судебно-медицинской практики, неопределенность рекомендаций в регламентирующих Правилах. Симуляция и

агgravация травм на фоне имеющейся патологии, оценка длительности расстройства здоровья и размера стойкой утраты трудоспособности у страдающих хроническими заболеваниями — вот те вопросы, по которым практическим экспертам необходимы наиболее четкие рекомендации.

Успешная реализация научных программ по проблеме диагноза и диагностического процесса возможна лишь при проведении комплексных исследований с привлечением не только широкого круга патоморфологов и клиницистов, но и ученых, занимающихся методологическими проблемами биологии и медицины.

Судебно-медицинская оценка роли травмы и патологии в происхождении внутричерепных субарахноидальных кровоизлияний

Субарахноидальные кровоизлияния, или геморрагии (под паутинную оболочку головного мозга), могут иметь как травматическое, так и нетравматическое происхождение. Травматические чаще всего возникают в результате механического воздействия на голову, при поражении электричеством, резких перепадах барометрического давления, странгуляционной асфиксии, под действием высокой и низкой температуры, ионизирующей радиации, при отравлениях рядом лекарственных препаратов (адреналином, эфедрином, эфиром, антикоагулянтами, некоторыми гормональными препаратами, сульфаниламидами, антибиотиками, наркотическими средствами и др.).

Причины нетравматических субарахноидальных кровоизлияний не менее разнообразны. Чаще всего кровотечение развивается из разорвавшихся артериальных или артерио-венозных аневризм (локальные тонкостенные расширения кровеносных сосудов). В то же время кровоизлияния в подпаутинное пространство наблюдаются при заболеваниях крови (геморрагическом диатезе, гемофилии, тромбоцитопении, болезни Шонлайн-Гёноха, лейкозах, апластической, пернициозной и серповидноклеточной анемии и др.), атеросклерозе, гипертонической болезни, ряде инфекционных заболеваний (менингитах, эпидемическом энцефалите, гриппе, малярии, эпидемическом паротите, сифилисе, особо опасных инфекционных заболеваниях и т. д.).

Описаны субарахноидальные кровоизлияния при общей физической перегрузке, алкогольной интоксикации, витаминной недостаточности, дефекации, половом акте и т. д.

Несмотря на разнообразие причин, следует считать неудачной замену термина «нетравматические» терминами «спонтанные», «эссенциальные», «идиопатические», ибо они ни в коей мере не поясняют сущности кровоизлияния и обычно свидетельствуют лишь о том, что его причина осталась неизвестной.

В подавляющем большинстве наблюдений происхождение субарахноидального кровоизлияния не вызывает сомнений у клинициста и морфолога. Наряду с этим судебно-медицинские эксперты встречаются с серьезными трудностями, особенно в тех случаях, когда целостность костей черепа оказывается ненарушенной, последствия травмы ограничиваются повреждениями мягких тканей лица, а субарахноидальные кровоизлияния локализуются преимущественно на базальной поверхности мозга (так называемые базальные субарахноидальные кровоизлияния). Одни судебные медики полагают, что обнаруженная сосудистая патология позволяет полностью исключить значение травмы, другие считают возможным судить о травматической природе таких кровоизлияний, базируясь только на самом факте травматического воздействия на голову, который подчас устанавливается только материалами дела. Естественно, что мнение эксперта играет решающую роль при квалификации действий подозреваемого, обвиняемого или подсудимого.

Понятно, что две полярные точки зрения (либо травма, либо патология) одновременно не могут быть верными. Кто же прав? Некоторые эксперты видят подтверждение своего мнения в приговоре суда, в то время как суд уверен в правильности своего решения, базируясь на заключении эксперта о причине смерти (травматической или нетравматической). Получается удивительный парадокс. Правильность судебно-медицинского заключения можно было бы проверить результатами научных исследований. Однако и здесь встречаются диаметрально противоположные суждения (М. И. Авдеев, 1958, 1962, 1974; В. И. Прозоровский, 1965; С. В. Карлов и В. А. Карлова, 1966 и др.).

К различным аспектам экспертной оценки субарахноидальных кровоизлияний обращались Ю. П. Будрин (1965); В. К. Шмидт (1966); В. С. Запорожцев (1970); И. Е. Панов

(1970); А. А. Молодцова (1971); В. М. Баланчук (1973); Р. Ю. Мухаметов и В. Г. Ханов (1973); Т. Г. Кузнецова, В. С. Замиралов и В. А. Левков (1976); В. Г. Наumenко и В. В. Грехов (1975); В. Г. Наumenко и И. Е. Панов (1980) и др. Эти работы представляют собой описание единичных случаев из практики, либо обобщение актов экспертиз, выполненных разными экспертами и с разной степенью подробности.

Анализ клинической, патоморфологической и судебно-медицинской литературы и собственный 25-летний опыт автора данного издания по изучению проблемы субарахноидальных кровоизлияний позволяет предложить критерии судебно-медицинской оценки травмы и патологии в генезе базальных (на «нижней» поверхности головного мозга) субарахноидальных кровоизлияний.

Если субарахноидальные кровоизлияния являются составным элементом тяжелой черепно-мозговой травмы и последствием некоторых выраженных патологических состояний, то нет нужды обсуждать их этиологию (происхождение, причину). Она очевидна. Напротив, самым разноречивым образом оцениваются базальные субарахноидальные кровоизлияния, возникающие при бытовых конфликтах, когда их травматическая или нетравматическая природа должна быть доказана в ходе судебно-медицинской экспертизы.

Попытка оценить дифференциально-диагностические критерии происхождения субарахноидальных геморагии может быть основана прежде всего на сопоставлении морфологии заведомо травматических и заведомо нетравматических кровоизлияний под паутинную оболочку головного мозга.

Травматические субарахноидальные геморагии представлены двумя основными морфологическими типами: пятнистым и ограниченно-диффузным. Оба типа могут наблюдаться как при сохранении, так и при нарушении целостности мягких мозговых оболочек.

При черепно-мозговой травме подпаутинные кровоизлияния располагаются в основном в зонах удара и контрудара, что определяет асимметрию их топографии на поверхности головного мозга. Симметричное расположение травматических субарахноидальных кровоизлияний встречается редко. Наблюдалось только при переднезадних и заднепередних центральных ударах (располагались преимущественно на основании и по-

люсах лобных и височных долей), а также при особых механизмах черепно-мозговой травмы, когда имело место непосредственное травматическое воздействие на центральные отделы основания черепа.

Пример:

К. (19 лет) с целью покончить жизнь самоубийством произвел выстрел в упор в шею из карабина холостым патроном. При осмотре обнаружено: входная огнестрельная рана на правой боковой поверхности шеи; раневой канал прямолинеен и слепо заканчивается под нижней поверхностью тела клиновидной кости; в полости черепа симметричное базальное субарахноидальное кровоизлияние.

Травматические субарахноидальные кровоизлияния чрезвычайно редко заполняют базальную цистерну (локальное расширение подпаутинного пространства в центральных отделах основания мозга) — лишь в 1,7 % черепно-мозговых травм (В. Л. Попов, 1980). Такая локализация также встречается при особых механизмах травмы головы, сопровождавшихся непосредственной травматизацией центральных отделов основания черепа.

Пример:

Н. (22 года) получил удар в лицо удлинненным металлическим штырем. При осмотре обнаружено: рана на правой половине лица вблизи крыла носа; раневой канал проходит через правую гайморову пазуху и тело клиновидной кости; его дно — отвернувшийся в полость черепа осколок спинки турецкого седла; краем осколка разорван внутричерепной участок внутренней сонной артерии; базальная цистерна туго заполнена кровью.

Типичным для травматических субарахноидальных кровоизлияний будет их сочетание с переломами черепа и ушибами коры больших полушарий (Н. А. Сингур, 1970; В. Крауланд, 1950; Ф. Унтерхарншайдт, 1972 и др.), а также эрозивными (похожими на язву) разрывами мягких мозговых оболочек. Эрозии представляют собой множественные овальные и круглые дефекты оболочек и подлежащей мозговой ткани в виде кратера, располагающиеся, как правило, в центре противоударной зоны ушиба коры головного мозга (В. Л. Попов, 1980).

Нетравматические субарахноидальные кровоизлияния могут иметь диффузный, очагово-диффузный или петехиальный (точечный) характер (В. Г. Бургинский, 1964; О. Вальтон, 1956 и др.), их локализация определяется положением источника.

кровотечения (Н. И. Боголепов, 1963). Если поврежденный сосуд находится вблизи базальной цистерны, то она заполняется свертками крови, а вокруг нее симметрично располагаются диффузные подпаутинные геморрагии, интенсивность которых постепенно убывает к периферии основания мозга. В некоторых случаях кровь проникает в субарахноидальное пространство выпуклой поверхности мозга (З. А. Лурье, 1955; М. И. Авдеев, 1958; В. Л. Попов, 1970; Г. Калау, 1938; Х. Торнстедт, Е. Фойгт и Р. Гейдрих, 1970 и др.). Однако наблюдалось и асимметричное расположение нетравматических субарахноидальных кровоизлияний (В. Г. Науменко и В. В. Грехов, 1977). В практике автора асимметричные субарахноидальные кровоизлияния возникали лишь тогда, когда источник кровотечения располагался не ближе 2-2,5 см от базальной цистерны. Эти данные о локализации и топографии субарахноидальных кровоизлияний в основном справедливы для тех случаев, когда повреждается более или менее крупный сосуд.

Пример:

Р. (19 лет) после утренней физической зарядки почувствовал слабость, головокружение. Через короткое время потерял сознание. Госпитализирован в коматозном состоянии. Смерть наступила через 4 ч после поступления в стационар. Ранее за медицинской помощью не обращался. При вскрытии установлено: массивное субарахноидальное кровоизлияние, занимающее основание и выпуклую поверхность левых височной и лобной долей; жидкая кровь и свертки в желудочках мозга; крупная разорвавшаяся мешотчатая аневризма левой средней мозговой артерии, расположенная в 2,5 см от места ее отхождения от левой внутренней сонной артерии.

При инфекционных заболеваниях (Л. Богаер, 1958; К. Харада, 1966 и др.) и отравлениях (Ф. Хаусшильд и В. Гориш, 1964) в субарахноидальном пространстве находят, как правило, геморрагии петехиального характера, что объясняют резким повышением проницаемости сосудистых стенок. Мы наблюдали кровоизлияния такого характера при эпидемическом остром менингите, закончившемся смертельным исходом на вторые сутки после начала заболевания. Точечные субарахноидальные кровоизлияния могут располагаться в любых отделах головного мозга. В нашем случае они занимали всю поверхность обоих полушарий мозжечка.

Нетравматические подпаутинные геморрагии очень часто заполняют базальную цистерну. Их обычно находят при разрывах аневризм сосудов виллизиева круга — артериального кольца, находящегося в центре основания головного мозга (В. А. Золотовская, 1955; Е. В. Шмидт, 1975; В. Хэмби, 1952; К. Брасс, 1957; Е. Аск-Упмарк, 1960; И. Поль и Д. Потч, 1960). Кровь в базальной цистерне может отсутствовать, если при разрыве патологически измененного сосуда происходит прорыв крови либо в ткань, либо в желудочки мозга.

В табл. 1 приведена сравнительная морфологическая характеристика травматических и нетравматических субарахноидальных кровоизлияний. Сопоставляя морфологические признаки, следует обратить внимание на то обстоятельство, что лишь при наличии пятнистых и точечных субарахноидальных кровоизлияний, а также при их сочетании с ушибами коры головного мозга и эрозивными повреждениями мягких мозговых оболочек можно определенно высказаться о происхождении кровоизлияний. Все остальные морфологические варианты могут быть проявлением как травматических, так и нетравматических субарахноидальных кровоизлияний.

Т а б л и ц а 1

Сравнительная морфологическая характеристика травматических и нетравматических субарахноидальных кровоизлияний

<i>Морфологические признаки</i>	<i>Субарахноидальные кровоизлияния</i>	
	<i>травматические</i>	<i>нетравматические</i>
Морфологический тип	Пятнистые, ограниченно-диффузные	Диффузные, ограниченно-диффузные, петехиальные
Топографический вариант	Характерно асимметричное расположение, локализуются преимущественно в зонах удара и контрудара. Симметричные варианты крайне редки и встречаются при особых механизмах травмы	Наблюдаются: симметричный и асимметричный варианты в зависимости от локализации источника кровотечения

<i>Морфологические признаки</i>	<i>Субарахноидальные кровоизлияния</i>	
	<i>травматические</i>	<i>нетравматические</i>
Кровь в базальной цистерне мозга	Встречается редко: при непосредственной и узколокальной травматизации центральных отделов основания черепа (огнестрельным снарядом, удлинённым колющим предметом и т. п.); при повреждении крупной артерии основания мозга отломком кости	Встречается часто при разрывах патологически изменённых артерий основания головного мозга
Наличие и характер повреждений мягких мозговых оболочек в зоне субарахноидальных кровоизлияний	Наблюдаются часто, имеют эрозивный или разрывной характер	Обычно не наблюдаются, в отдельных случаях имеют вторичный характер (прорыв кровоизлияний из субарахноидального пространства). Встречаются повреждения только разрывного типа
Наличие очаговых ушибов коры	Наблюдаются в подавляющем числе наблюдений	Не наблюдаются

При отсутствии достаточного числа типичных морфологических признаков, позволяющих надёжно дифференцировать травматические и нетравматические субарахноидальные кровоизлияния, суждение об их происхождении может базироваться на оценке условий и особенностей травматического воздействия на голову.

Некоторые авторы прямо указывают на конкретные особенности механизма травмы головы, которые расцениваются ими

как особо опасные для возникновения субарахноидальных кровоизлияний, в частности базальной локализации.

К числу особо опасных вариантов механизма травмы головы относят: 1) удар в подбородок; 2) непрямую травму позвоночника; 3) множественные подпороговые удары (воздействия небольшой силы, каждое из которых в отдельности не может вызвать образования: кровоизлияний); 4) удары в рефлексогенные зоны.

Приступая к оценке особо опасных вариантов, необходимо напомнить, что в отечественной и зарубежной литературе нет сообщений о создании какой-либо адекватной модели базальных субарахноидальных кровоизлияний. Экспериментальные исследования в нашей стране и за рубежом позволили изучить в основном характер переломов черепа и позвоночника и в значительно меньшей степени морфологические особенности повреждений оболочек и ткани головного мозга при различных вариантах травматического воздействия на голову (А. П. Громов и др., 1968-1977; В. Н. Крюков и др., 1969-1977; К. Селье, Ф. Унтерхарншайдт, 1963).

Удары в подбородок. Когда пытаются обосновать особую опасность возникновения базальных субарахноидальных кровоизлияний при ударах в подбородок, обычно говорят о наличии повреждений в этой области (ссадины, кровоподтеки, раны, переломы); действию травмирующей силы под углом к основанию черепа; возможности повреждения средней мозговой артерии в результате резкого смещения нижней челюсти в сторону основания черепа; возможности хлыстообразного повреждения шейного отдела позвоночника с разрывом позвоночных артерий.

Наличие повреждений в области подбородка и затылка. Указывает лишь на факт травматического воздействия, которое по времени может как совпадать, так и не совпадать с моментом начала кровотечения в подпаутинное пространство. В таких случаях неправильно отождествлять простое, временное, одно за другим следование явлений с их причинно-следственной зависимостью. Сам факт возникновения базального субарахноидального кровоизлияния после травмы головы ни у кого, в том числе у следователя и суда, не вызывает сомнений. Основные трудности сопряжены с необходимостью доказать наличие причинной связи между предшествовавшей травмой и возник-

новением кровоизлияния. Попытка эксперта использовать установленный материалами дела факт следования одних явлений за другими в качестве доказательства наличия причинной связи между этими явлениями будет грубой методологической ошибкой, равносильной попытке решить задачу с помощью вопроса, который сам по себе подлежит разрешению. «Post pop est propter hoc» — это простое, но кардинальное диалектическое правило всегда должно напоминать о том, что «после того, не значит вследствие того».

Объясняя происхождение базальных субарахноидальных кровоизлияний, иногда указывают на то, что подбололочные кровоизлияния являются характерными последствиями ударов в челюсть при поединках боксеров (В. И. Прозоровский и Б. Д. Левченков, 1964). Это верно лишь отчасти, так как при занятиях боксом возникает в основном такой вид подбололочных геморрагии, как субдуральные гематомы (кровоизлияние под твердую, а не под паутинную оболочку). Поэтому данный «аргумент» следует рассматривать как сознательную подмену понятия. Что же касается кровоизлияний в базальную цистерну мозга вследствие занятий боксом, то они в литературе не описаны. Этот факт еще раз предоставляет возможность убедиться в издержках терминологии, еще часто встречающихся в судебно-медицинской литературе.

Действие травмирующей силы под углом к основанию черепа. Констатация удара в подбородок еще не предполагает определенного однозначного направления действующей силы. При ударе в подбородок сила может быть направлена не только под углом, но и параллельно, и перпендикулярно к плоскости основания черепа. Не удивительно, что некоторые авторы (Х. Торнстедт и Е. Фойгт, 1960), обращая внимание на опасность ударов в подбородок, связывают ее с действием силы, направленной параллельно плоскости основания черепа, а не под углом. Следует подчеркнуть, что сегодня нет достаточно надежных объективных судебно-медицинских данных, позволяющих по особенностям повреждений мягких тканей подбородка высказывать обоснованное суждение о конкретном направлении удара. К тому же, как правило, неизвестно положение головы и подбородка в момент удара (подбородок опущен на грудь или выдвинут вперед, голова наклонена вперед, откинута назад или склонена в сторону), а от этого (при одной и той же локализа-

ции удара) зависит направление действия силы по отношению к голове. Следовательно, наличие повреждений в области подбородка может расцениваться только как признак, являющийся основанием для вывода о месте приложения силы, но никак о ее направлении.

Возможность повреждения средней мозговой артерии в результате резкого смещения нижней челюсти в сторону основания черепа. Если при наличии переломов основания черепа и разрывов твердой мозговой оболочки прямое травмирование сосуда краем перелома вполне может быть, то предположение о возможности разрыва здоровой средней мозговой артерии при сохранении целостности основания черепа требует обсуждения.

Е. Д. Кузьменко и Г. С. Коваль (1973) пишут о возможности возникновения переломов основания черепа при ударах в нижнюю челюсть. К сожалению, авторы не приводят данных о характере поражений оболочек и ткани головного мозга. Возможность травматизации внутричерепного содержимого при движении нижней челюсти в сторону основания черепа после удара в подбородок допускают М. Серкл и О. Ярош (1957). Они сообщают о повреждении средней мозговой артерии после удара кулаком в подбородок. Однако есть основания сомневаться в корректности такого предположения.

Во-первых, имеющиеся в отечественной и зарубежной литературе сведения о разрывах здоровых крупных артериальных стволов, лежащих в глубине мозговой ткани, при закрытых травмах головы без переломов основания черепа немногочисленны и малоубедительны (Саатхофф, 1905; П. Френкель, 1927; К. Вольфф, 1928; Ф. Харбиц, 1932; Е. Фритц, 1935; Т. Иноуэ и К. Синода, 1940; А. Эсселье, 1946; В. Крауланд, 1949; Х. Васел, 1960; А. Соммервиль, 1961; В. Больтц, 1965). Изучение этих публикаций показывает, что приведенные в них наблюдения носили единичный характер, описаны они весьма неполно (одни авторы не приводят гистологической картины, другие не описывают точную локализацию источника кровотечения, почти никто не исследовал шейный отдел позвоночника, рефлексогенные зоны и т. д.), проводились разными исследователями в течение более 70 лет, в которые медицина находилась на разных качественных уровнях своего развития. В большинстве отечественных публикаций (К. П. Бударин, 1965; А. А. Молодцова, 1971 и др.) вовсе не содержится необходимых сведений об

источнике кровотечения. Все это затрудняет судебно-медицинскую оценку приведенных в этих сообщениях наблюдений.

Данные обстоятельства побудили нас в 1968 г. провести целенаправленное исследование состояния сосудов головного мозга при черепно-мозговой травме. Был выполнен комплекс экспериментальных и секционных исследований, в ходе которых применялись: посмертная рентгеноангиография, коррозионный метод, гистологическое изучение сосудов мозга на продольных срезах, оригинальный метод сосудистых слепков и т. д. Основной вывод: магистральные здоровые сосуды основания мозга не разрываются при закрытой травме головы без переломов основания черепа. Этот вывод согласуется с данными В. Крауланд, 1950; Ф. Унтерхарншайдт, 1972 и др.

Во-вторых, некоторые исследователи обращают внимание на защитные амортизирующие свойства лицевого скелета, ослабляющие непосредственное воздействие травмирующей силы на содержимое полости черепа (О. А. Ромодановский, 1975; Повертовски, 1968 и др.). Внимательное изучение взаимного анатомо-топографического соотношения различных элементов строения лицевого и мозгового черепа, головного мозга и его крупных сосудов показывает, что средние мозговые артерии, с одной стороны, находятся вне проекции суставных отростков нижней челюсти, а с другой — отделены от основания черепа 1,5-2-сантиметровым массивом мозговой ткани, амортизирующим удар в направлении средней мозговой артерии. Если допустить возможность разрыва средней мозговой артерии при воздействии суставными отростками нижней челюсти на основание черепа, то в первую очередь следовало бы ожидать возникновения повреждений мозговой ткани и уж потом — разрыв сосуда. Следовательно, и это предположение о механизме повреждения крупных артерий основания мозга исключается нормальным анатомо-топографическим соотношением черепа и содержимого его полости.

В-третьих, обширная практика челюстно-лицевой хирургии располагает десятками тысяч наблюдений, при которых травматическое воздействие в области лица ограничивается повреждением мягких тканей и костей лицевого скелета и не сопровождается серьезными последствиями для головного мозга. В этом отношении заслуживает внимания серьезная работа В. Ф. Чистяковой (1971), посвященная анализу челюстно-лицевых по-

вреждений, сочетающихся с черепно-мозговой травмой. Обследовав 1097 больных и 295 трупов, ученая пришла к выводу, что, повреждаясь, кости лицевого скелета амортизируют удар, поэтому челюстно-лицевые повреждения в подавляющем большинстве случаев сочетаются с легкой черепно-мозговой травмой (83 %). Тяжелые черепно-мозговые травмы В. Ф. Чистякова наблюдала только в 6 % случаев, причем эти повреждения отличались разрушением не только лицевого, но и мозгового черепа, а также тяжелыми повреждениями головного мозга. В этих случаях она имела дело с типичными черепно-лицевыми травмами, или лице-черепными (терминология В. Г. Наumenко и В. В. Грехова, 1975), при которых травматическое происхождение внутрочерепных кровоизлияний никем не оспаривается. Только при множественных переломах лицевого скелета наблюдались черепно-мозговые травмы средней и тяжелой степени. При единичных переломах скуловой кости, верхней и нижней челюсти встречалась черепно-мозговая травма легкой (чаще) и средней (реже) степени, а тяжелые поражения головного мозга не возникали. Когда повреждения ограничивались переломами костей носа или ушибами мягких тканей, наблюдалась только легкая степень травмы головы.

Возможность хлыстообразного повреждения шейного отдела позвоночника с разрывом позвоночных артерий. Механизм и патоморфология хлыстообразных повреждений подробно изложены в экспериментальных работах Н. П. Пырлиной (1967), А. П. Громова с соавт (1970) и др.

Они установили зависимость патоморфологии повреждений позвоночника от силовых, угловых и скоростных нагрузок в продольном и поперечном направлениях по отношению к продольной оси позвоночного столба. Ученые видели самые разнообразные повреждения: от разрывов отдельных мышечных пучков до переломов тел позвонков и разрывов таких прочных образований, как передняя и задняя продольные связки. Они обратили внимание на то, что комплекс различных повреждений ограничивается уровнем четвертого шейного—третьего грудного позвонков, причем повреждения спинного мозга и его оболочек не возникали.

А. П. Громов, Н. П. Пырлина, О. Ф. Салтыкова, Н. Н. Живодеров (1975) доказали, что при статических дозированных правых боковых наклонах головы позвоночные артерии, как

правило, не повреждаются. Лишь при максимальной нагрузке в одном случае они наблюдали разрыв атеросклеротически измененной левой позвоночной артерии и в двух случаях — надрывы интимы интактной (здоровой) левой позвоночной артерии. Результаты этих экспериментов соответствуют данным, полученным еще в конце прошлого века С. Н. Делициным (1889) при опытах на замороженных трупах. А. П. Громов и др. (1975) пришли к выводу, что позвоночные артерии весьма устойчивы к растяжению и сжатию.

Следует обратить особое внимание: в литературе нет сведений о том, что при транспортных происшествиях, изобилующих хлыстообразными повреждениями, встречаются базальные субарахноидальные кровоизлияния.

В то же время, хотя приведенные данные и указывают на небольшую вероятность повреждения позвоночных артерий, нет основания полностью исключить возможность разрыва этих сосудов при прямой или опосредованной травме шейного отдела позвоночника. Так, Т. Г. Кузнецова с соавт. (1976), Г. Фойгт (1961), Г. Констоставлос (1971), И. Камерон, А. Мант и И. Симонсен (1976) находили базальные субарахноидальные кровоизлияния при разрывах позвоночных артерий краем перелома поперечного отростка атланта (первого шейного позвонка).

Г. Гро (1971), приводя подробный перечень повреждений при хлыстообразных травмах, включает в него разрывы позвоночных артерий и поражение шейного отдела спинного мозга. Возможность травматизации стволового отдела мозга при хлыстообразных травмах допускают В. Раймон (1961), Ф. Унтерхарншайдт и Л. Хигенс (1969), Л. Наги и В. Хаферланд (1969), П. Спасич и А. Резич (1970) и др. А. Е. Дмитриев и О. А. Малахов (1972) утверждают, что компрессия позвоночных артерий может возникать при взаимных смещениях атланта (первого шейного позвонка) и затылочной кости. Однако суждение о возможности образования повреждений позвоночных артерий при смещении в затылочно-позвоночном сочленении допустимо только в том случае, если имеются морфологические доказательства, подтверждающие факт такого реально имевшего место перерастяжения.

Анатомическим доказательством смещения прежде всего является нарушение целостности суставных капсул и связочного аппарата атланта-затылочного и атланта-зубовидного сочлене-

ния. И.-И. Каффинир и др. (1972), выполнившие экспериментальное рентгеноанатомическое исследование, приводят следующие морфологические критерии: 1) смещение атланта невозможно без повреждения поперечной связки; 2) стабилизацию первого и второго шейных позвонков обеспечивает капсула атлanto-зубовидного сочленения; 3) при переломах зубовидного отростка смещение не наступает до тех пор, пока не повреждены капсула и связочный аппарат.

Р. Рой-Камилл и др. (1972), отдельно исследуя возможность смещений в блоке первого-второго шейных позвонков, нашли, что смещение между ними может быть лишь при повреждении связочного аппарата позвоночника на этом же уровне.

Следует иметь в виду, что при перерастяжении шейного отдела позвоночника повреждение позвоночных артерий отнюдь не обязательно, так как имеется компенсация за счет анатомо-топографического положения этих сосудов в виде полунетли перед входом в полость черепа. Компенсирующее значение полунетли и эластических свойств сосудов настолько велико, что при полных разрывах атлanto-затылочного сочленения и стволового отдела мозга целостность позвоночных артерий может сохраниться (Х. Пачайдер, 1961). Таким образом, разрывы экстракраниальных (внечерепных) участков позвоночных артерий возникают лишь при чрезмерных перерастяжениях шейного отдела позвоночника и *не* могут не сочетаться с повреждениями связочно-суставного аппарата этого участка позвоночника.

Итак, возникновение базального субарахноидального кровоизлияния допускается вследствие разрыва позвоночных артерий, который может образоваться либо при смещении шейного отдела позвоночника в атлanto-затылочном сочленении с повреждениями фиксирующего аппарата этих образований, либо при прямом повреждении позвоночных артерий краями переломов поперечных отростков атланта.

Непрямая травма позвоночника. Описаны базальные субарахноидальные кровоизлияния при не прямых повреждениях позвоночного столба, вызванных огнестрельными ранениями груди с огнестрельными переломами позвоночных концов ребер (В. М. Баланчук, 1973). Такие же кровоизлияния обнаружены Л. В. Беляевым при посмертных экспериментальных исследованиях огнестрельной травмы груди. При выстрелах, приводивших к огнестрельным переломам позвоночных концов

ребер, получаются, по его данным, такие же внутричерепные геморагии спустя 8-12 ч после смерти. В этой связи интересным было бы изучение возможности возникновения базальных субарахноидальных кровоизлияний при сильной тупой травме груди с переломами задних участков ребер, что происходит в наиболее часто встречающихся бытовых конфликтных ситуациях.

Множественные подпороговые удары. Некоторые авторы придают значение в генезе базальных субарахноидальных кровоизлияний множественным подпороговым ударам, наносимым один за другим в короткий промежуток времени (В. И. Прозоровский, 1965; И. Е. Панов, 1970; В. Г. Науменко и В. В. Грехов, 1975, 1977; В. Г. Науменко и И. Е. Панов, 1980 и др.). Они связывают опасность таких ударов с явлениями резонанса и кумуляции силы. Такое сравнение, носящее характер гипотетического предположения (не более), нельзя считать правомерным по следующим причинам: а) с теоретической точки зрения нельзя без поправок переносить на живые биологические ткани закономерности, свойственные материальным телам и явлениям неживой природы; б) с практической точки зрения эта аналогия также несостоятельна, поскольку резонансный эффект обычно возникает при ритмичном и регулярном ударном воздействии, чего в условиях конфликтных ситуаций, предшествующих возникновению кровоизлияния в базальную цистерну мозга, практически не может быть. Трудно, например, согласиться с таким утверждением: «Известно, что при совпадении частоты колебаний травмирующей силы и повреждаемой ткани в последней возникает резонанс с увеличением амплитуды колебаний ткани» (В. Г. Науменко и И. Е. Панов, 1980). Во-первых, совершенно неясно, откуда это «известно», так как авторы не дают никаких ссылок на источник литературы, а сами, судя по тексту статьи, собственных исследований в этом направлении не проводили. Во-вторых, неясно, что подразумевается под «частотой колебаний травмирующей силы» — волновой характер единичного ударного воздействия, частота множественных ударных воздействий или что-то другое. Следовало бы уточнить и понятие «травмирующая сила». В-третьих, явление резонанса допускается авторами «при неоднократных ударах кулаком», хотя понятно, что эти удары, как уже было отмечено, способны привести к резонансу при усло-

вии последовательных ритмичных воздействий, что практически полностью исключается в бытовых конфликтах.

И все-таки несомненно, что многократные удары, при прочих равных условиях, приведут к более тяжелым последствиям, нежели единичный удар такой же силы. К каким же последствиям могут привести множественные удары подпороговой силы?

Здесь уместно сослаться на экспериментальные исследования на кошках и кроликах, проведенные Ф. Унтерхарншайдт (1972). Он изучал поведение животных и морфологические изменения в их головном мозге после одно-, пяти-, десяти- и пятнадцатикратной субкоммоционной (подпороговой, не приводящей к сотрясению мозга) травмы головы. Если после однократного подпорогового воздействия каких-либо изменений в поведении животных не было, то уже после пятикратного подпорогового воздействия появлялись обратимые парезы (снижение силы и амплитуды движений) передних лап; после десятикратного — эти явления становились необратимыми; после пятнадцатикратного — развивался парез всех лап, а у части животных наступала потеря «сознания». При вскрытии трупов этих животных автор не находил каких-либо первично травматических внутричерепных повреждений или кровоизлияний. Не было первичных повреждений оболочек и ткани головного мозга после единичной и неоднократной травмы головы, вызвавшей утрату сознания и сотрясение мозга при несколько повышенных ударных нагрузках.

Хотя проведенные опыты на животных не могут служить адекватной моделью черепно-мозговой травмы, наблюдающейся у человека, тем не менее не вызывает сомнения доказанный Ф. Унтерхарншайдтом факт усугубляющего действия неоднократного подпорогового воздействия. В то же время, поскольку неоднократные подпороговые и низкие пороговые воздействия не приводили к возникновению первичных травматических изменений оболочек и ткани головного мозга, экспертное значение результатов этих экспериментов не должно переоцениваться. Следовательно, наличие на лице человека, погибшего от базального субарахноидального кровоизлияния, следов неоднократных ударов в виде множественных ран, ссадин и кровоподтеков указывает только на имевшуюся опасность неоднократного травматического воздействия на голову и лишь на возможную связь неоднократной травмы головы с базальным

субарахноидальным кровоизлиянием. Однако такая связь должна рассматриваться лишь именно как возможность, а не как неизбежность.

Удары в рефлексогенные зоны. В литературе имеются сообщения о возможности возникновения базальных субарахноидальных кровоизлияний после ударов в рефлексогенные зоны (А. А. Молодцова, 1971 и др.). При этом делается попытка объяснить механизм возникновения геморагии после ударов в проекции синокаротидной зоны (скопление нервных клеток на боковых поверхностях шеи) двумя разными причинами: а) повреждением позвоночных артерий при поперечных переломах поперечного отростка атланта; б) рефлекторным повышением артериального давления. Первая причина не может оспариваться, так как она указывает на прямую травму сосуда краем перелома. Уместно лишь заметить, что связь с ударом в рефлексогенную зону здесь исключительно формальная. Вторая причина не может считаться убедительной, поскольку опытным путем Х. Ламперт и В. Мюллер (1926), Х. Метц (1949) доказали, что разрыв здоровых артерий головного мозга наступает лишь при артериальном давлении, в 5-10 раз превышающем нормальный уровень. Теория и практика медицины не знает таких физиологических механизмов или патологических состояний, при которых артериальное давление повышалось бы до таких фантастических уровней. В то же время клиническая практика богата примерами, когда полутора-, двухкратного повышения артериального давления было достаточно для того, чтобы у гипертоника развился гипертонический криз или мозговой инсульт. Для разрыва тонкостенной мешотчатой аневризмы может оказаться достаточным повышение давления и в меньшей степени.

Смерть от базального субарахноидального кровоизлияния после удара в синокаротидную зону может иметь и более сложную этиологию.

Пример:

И. (28 лет), хронический алкоголик, находившийся в состоянии сильного алкогольного опьянения, получил удары по боковой поверхности шеи и затылку ребром ладони. После ударов покачнувшись, нападавший подхватил его на руки и положил на диван. Смерть констатирована через 5-7 мин. На вскрытии обнаружено: кровоизлияния в мягкие ткани, окружающие синокаротидную зону, в мышцы правой

боковой и задней поверхности шеи, тотальное субарахноидальное кровоизлияние, более выраженное на базальной поверхности мозга: источником кровотечения явилась разорвавшаяся веретенообразная аневризма правой задней мозговой артерии размерами 1 x 0,4 см; разрыв располагался поперечно к длиннику сосуда и имел протяженность менее 2 мм. Гистологически в краях разорвавшейся аневризмы выявлены скопления неизмененных эритроцитов. Связки, сочленения и кости шейного отдела позвоночника не повреждены. Химическим исследованием в крови и моче погибшего найдено 2,2 и 3,8 % винного спирта соответственно. В данном случае в генезе базального субарахноидального кровоизлияния имели значение и выраженная сосудистая патология (разрыв аневризмы крупной артерии основания мозга), и травматическое воздействие (удар в рефлексогенную зону), и общий неблагоприятный фон (хронический алкоголизм и выраженная алкогольная интоксикация непосредственно перед смертью).

В литературе содержится немало сообщений о влиянии на возникновение и развитие субарахноидальных кровоизлияний таких неблагоприятных факторов, как алкогольная интоксикация, эмоциональное перевозбуждение, физическое перенапряжение, переутомление и др. (М. И. Авдеев, 1958; П. Г. Арешев, 1964; В. И. Прозоровский, 1964; В. Г. Науменко и И. Е. Панов, 1980; Г. Шрадер, 1932; Х. Торнстедт и Е. Фойгт, 1960; И. Лундеваль, 1959; А. Потонди и др., 1965; Р. Гейдрих, 1970 и др.). Авторы отводят этим факторам не столько самостоятельную роль в развитии кровоизлияния, сколько способствующую.

Характеризуя механизм возникновения кровоизлияний в базальную цистерну мозга, следует упомянуть о терминальных сосудах мозга как источнике кровотечения (В. Г. Науменко и И. Е. Панов, 1980). Это мнение до некоторой степени повторяет концепцию М. И. Авдеева (1958) об одномоментном кровотечении из подавляющего большинства сосудов мягкой мозговой оболочки. В более поздних работах (1974) он уже не придает этому механизму существенного значения. С такой трактовкой можно согласиться, поскольку еще в 1919 г. И. Риккер убедительно показал, что множественные кровоизлияния в ткани и под оболочки головного мозга имеют диапедезное происхождение (кровоизлияние вследствие просачивания крови через неповрежденную стенку кровеносного сосуда) и являются выражением вторичных общих расстройств внутримозгового кровообращения.

С особыми трудностями при обосновании генеза внутримозговых кровоизлияний приходится сталкиваться в тех случаях, когда при исследовании выявляются выраженные признаки как травмы, так и сосудистой патологии.

Пример:

Б. (30 лет) вечером 10.06.77 г., находясь в нетрезвом состоянии, получил в драке не менее семи сильных ударов по лицу: кулаком в левую и правую скуловые области и обутой ногой в область носа, левой и правой половины дуга нижней челюсти, правую скуловую область и правую половину подбородка. Удары кулаками наносились, когда Б. стоял. Ногами по голове били уже лежащего Б. После одного из последних ударов Б. потерял сознание. Посторонними лицами Б. был доставлен домой, а утром 11.06.77 г. госпитализирован с диагнозом сотрясение головного мозга, алкогольное опьянение. Состояние в момент поступления в стационар: в сознании, ретроградная амнезия (потеря памяти на предшествующие события), неврологический статус в норме; на рентгенограммах обнаружен двойной перелом нижней челюсти. 14.06.77 г. состояние несколько ухудшилось: заторможен, опущен правый угол рта, анизокория (разные диаметры зрачков), сухожильные рефлексы справа выше, напряжение затылочных мышц, патологические симптомы Кернинга и Бабинского, в ликворе (спинномозговой жидкости) — свежие эритроциты. 20.06.77 г. невропатологом ухудшение состояния здоровья не отмечено, хотя сохранились явления нерезко выраженного левостороннего гемипареза (снижение мышечной силы и амплитуды движений в левых конечностях). В последующем состояние здоровья постепенно улучшалось. С 25.06.77 г. перестал предъявлять жалобы, ликвор нормализовался. Вечером 7.07.77 г. неожиданно наступило ухудшение состояния здоровья: Б. упал в коридоре, потерял сознание, пульс 50 уд/мин, АД 170/120 мм рт. ст., появилась грубая левосторонняя неврологическая симптоматика. На ангиограммах заподозрены правосторонняя субдуральная гематома и разрыв аневризмы правой внутренней сонной артерии. 8.07.77 г. в 3 ч 00 мин произведена трепанация черепа, удалены правосторонняя жидкая субдуральная и обширная внутримозговая гематомы (150 мл), зажата клипсом разорвавшаяся мешотчатая аневризма правой внутренней сонной артерии. После операции состояние больного прогрессивно ухудшалось, 16.07.77 г. он умер.

При вскрытии трупа обнаружено: остатки правосторонней субдуральной гематомы (около 10 см) в виде черной кашицеобразной массы на всей поверхности больших полушарий мозга очагово-диффузные субарахноидальные кровоизлияния красно-бурого и ржаво-желтого цвета, обширное размягчение ткани правых височной и теменной до-

лей, очаговые ржаво-бурого цвета кровоизлияния в кору основания правой лобной доли, границы очаговых кровоизлияний нечеткие, множественные темно-красные очаговые кровоизлияния в стволовой отдел мозга, в желудочках головного мозга жидкая кровь, зажатая двумя металлическими клипсами разорвавшаяся мешотчатая аневризма правой внутренней сонной артерии, размеры аневризмы 2 x 1,5 см; кроме того, выявлены двойной перелом нижней челюсти и оскольчатые переломы носовых костей.

Гистологическое исследование показало: типичную микроморфологию врожденной аневризмы; вблизи разрыва стенки аневризмы свежие пристеночные тромбы с явлениями заживления, в коре правой лобной доли множественные очаговые кровоизлияния, клеточные элементы коры неразличимы, значительное количество нейтрофилов и макрофагов, содержащих гемосидерин, увеличение числа глиальных элементов, явления нейронафагии, периваскулярный и перицеллюлярный отек, полнокровие сосудов, в препаратах из варолиева моста обнаружены свежие очаговые кровоизлияния с неизменными эритроцитами без глиальной и лейкоцитарной реакции.

Как следует из приведенного описания, клиническими, рентгенологическими, секционными и гистологическими исследованиями бесспорно установлены признаки тяжелой черепно-мозговой травмы и выраженной сосудистой патологии головного мозга (разрыв аневризмы). Влияние травмы и патологии проявилось на относительно коротком отрезке времени до смерти (около одного месяца), поэтому в данном случае органы следствия интересовал вопрос о влиянии травмы и патологии на смертельный исход. Для его решения обнаруженные вначале внутричерепные кровоизлияния оценивались отдельно, в зависимости от их характера и давности возникновения.

Очаговый характер кровоизлияний в кору правой лобной доли, их базальная локализация и расположение преимущественно в поверхностных слоях коры указывали на травматическое происхождение. Стертость границ этих очаговых кровоизлияний, наличие явлений красного размягчения прилежащих участков мозговой ткани, особенности микроскопической картины давали основание для вывода о том, что очаговые ушибы коры правой лобной доли возникли задолго до смерти Б., в частности могли образоваться 10.06.77 г. Обнаруженный ушиб коры мозга — опасное для жизни повреждение, которое при обычном течении может привести к смертельному исходу.

Часть субарахноидальных кровоизлияний имела ржаво-желтый цвет, что в сочетании с микроскопическими изменениями указывало на их давнее происхождение. Во всяком случае не исключено, что эти геморагии могли образоваться одновременно с ушибом коры мозга, т. е. 10.06.77 г.

Судя по динамике клинической картины, данным рентгеноангиографии, установленными при операции цвету и консистенции субдуральной и внутримозговой гематомы, можно было предположить, что эти кровоизлияния возникли 7.07.77 г. вследствие разрыва стенки мешотчатой аневризмы. Красно-то-бурый цвет части субарахноидальных кровоизлияний допускал возможность их возникновения одновременно с субдуральной гематомой.

Принимая во внимание наличие в аневризме пристеночных тромбов с явлениями заживления, а также склонность мешотчатых аневризм к повторным разрывам, эксперты пришли к выводу, что разрыву аневризмы, имевшему место 7.07.77 г., могли предшествовать и другие (более ранние) разрывы ее стенки. Однако если допустить возможность предшествовавших разрывов, то следует подчеркнуть, что они, по-видимому, вызывали незначительное кровотечение, которое при жизни никак не проявлялось.

Особенности макро- и микроморфологии очаговых кровоизлияний в стволовую часть мозга свидетельствовали о том, что они возникли незадолго до смерти. Эти геморагии вероятнее всего явились следствием тяжелых вторичных расстройств мозгового кровообращения, включая очаговые ушибы коры, а также обширные подбололочные и внутримозговые гематомы, источниками которых был разрыв патологически измененной артерии основания головного мозга.

В результате был сделан вывод, что смерть Б. наступила от множественных кровоизлияний под оболочки и в ткань головного мозга, сопровождавшихся размягчением мозгового вещества и вторично развившимися внутривентрикулярными и внутрижелудочковыми кровоизлияниями. Эти вторичные кровоизлияния, по-существу, и привели к смертельному исходу. Возникновению и развитию этих вторичных кровоизлияний могли способствовать как очаговые ушибы коры, так и кровоизлияния, явившиеся следствием разрыва аневризмы. Было подчеркнуто, что не имеется каких-либо объективных медицин-

ских данных, которые позволили бы отдать предпочтение одному фактору (травма) и: полностью исключить значение другого (патология сосуда) в возникновении и развитии вторичных внутримозговых и желудочковых кровоизлияний, т. е. отдать предпочтение в генезе смерти травме или патологии.

Все вышеизложенное показывает, с одной стороны, вариативность возможных оценок роли травмы и патологии, а с другой — отсутствие однозначного понимания роли травмы в генезе базальных субарахноидальных кровоизлияний. Такое положение обуславливает возможность правильной оценки отдельно взятого случая только после всестороннего изучения влияния всех возможных факторов на возникновение и развитие выявленного базального субарахноидального кровоизлияния.

Судебно-медицинская экспертиза трупа не может считаться полноценной в случаях смерти от базальных субарахноидальных кровоизлияний без выполнения следующего комплекса обязательных частных исследований:

а) всестороннего исследования черепа, головного мозга, его оболочек, желудочковой системы и подболоочечных пространств;

б) комплексного исследования сосудистого русла головного мозга с применением посмертной рентгеноангиографии, микростереомикроскопии, препарирования с применением окрашенных инъекционных растворов и выделением препарата артерий основания головного мозга;

в) тщательного исследования сосудистой системы организма в целом для выявления признаков системной сосудистой патологии;

г) целенаправленного исследования шейного отдела позвоночника, включая препарирование связочно-суставного аппарата;

д) исследования грудной клетки с целью выявления переломов ребер для обоснования суждения о возможности непрямого воздействия на позвоночный столб;

е) детального исследования мягких тканей лица;

ж) макро- и микроскопического исследования признаков непосредственного травматического воздействия на рефлексогенные зоны;

з) гистологического исследования ткани головного мозга;

и) гистологического исследования патологических находок, в частности стенки аневризмы.

Подчеркивая важность комплексного исследования, необходимо отметить особое значение посмертного контрастного рентгеноангиографического исследования, проведение которого позволяет заподозрить сосудистую патологию, выявить источник кровоизлияния еще до вскрытия трупа и тем самым придать всем последующим исследованиям определенную целенаправленность.

Обязательное условие при проведении всего комплекса исследований — документирование результатов упомянутых исследований (в виде фотоснимков, микропрепаратов кусочков внутренних органов, макропрепарата головного мозга). Травматические и патологические изменения должны быть занесены на пояснительные схемы. Однако схема не заменяет фотографию, гистологический препарат и т. п., ее основное значение ограничивается пояснительной функцией.

Варианты судебно-медицинской оценки роли травмы и патологии в генезе базального субарахноидального кровоизлияния приведены в табл. 2.

Т а б л и ц а 2

**Варианты судебно-медицинской оценки роли травмы
и сосудистой патологии головного мозга в происхождении
базальных субарахноидальных кровоизлияний**

<i>Объективные данные, установленные при судебно- медицинском исследовании трупа</i>	<i>Судебно-медицинская оценка объективных данных</i>
Базальное субарахноидальное кровоизлияние; переломы черепа, ушибы коры и другие признаки травмы головы; признаки сосудистой патологии отсутствуют	Причина смерти — черепно-мозговая травма. Базальное субарахноидальное кровоизлияние — следствие травматического действия
Базальное субарахноидальное кровоизлияние; разрыв аневризмы артерии основания мозга; признаки травмы отсутствуют	Причина базального субарахноидального кровоизлияния — сосудистая патология головного мозга

<p><i>Объективные данные, установленные при судебно- медицинском исследовании трупа</i></p>	<p><i>Судебно-медицинская оценка объективных данных</i></p>
<p>Базальное субарахноидальное кровоизлияние; признаки тяжелой черепно-мозговой травмы и выраженная сосудистая патология головного мозга (разрыв аневризмы, ангиоматоз и т. д.)</p>	<p>В происхождении базального субарахноидального кровоизлияния имеют значение и травматическое воздействие, и сосудистая патология головного мозга. Суждение о преобладающем значении травмы или патологии должно базироваться на тщательном анализе характера и динамики клинической картины</p>
<p>Базальное субарахноидальное кровоизлияние; сосудистая патология головного мозга (разрыв аневризмы и др.); травма головы ограничена поверхностными наружными повреждениями лица (ссадины, кровоподтеки)</p>	<p>Причина базального субарахноидального кровоизлияния — сосудистая патология головного мозга. Травма головы может рассматриваться как условие, способствовавшее возникновению и развитию кровоизлияния</p>
<p>Базальное субарахноидальное кровоизлияние; травматический анамнез; объективные морфологические признаки травмы и патологии отсутствуют:</p> <p>при наличии неблагоприятного фона (эмоциональное возбуждение, физическое перенапряжение и др.)</p> <p>при наличии выраженной алкогольной интоксикации</p>	<p>Смерть наступила от базального субарахноидального кровоизлияния. Признаков травмы и патологии не установлено. О причине кровоизлияния в категоричной форме высказаться нельзя. Неблагоприятный фон мог способствовать его возникновению</p> <p>Смерть наступила от базального субарахноидального кровоизлияния. Признаков травмы и патологии не обнаружено. О при-</p>

<i>Объективные данные, установленные при судебно- медицинском исследовании трупа</i>	<i>Судебно-медицинская оценка объективных данных</i>
при отсутствии неблагоприятного фона и алкогольной интоксикации	<p>чине кровоизлияния в категоричной форме высказаться невозможно. Выраженная алкогольная интоксикация могла способствовать его возникновению и развитию</p> <p>Смерть наступила от базального субарахноидального кровоизлияния. Признаков травмы и патологии не обнаружено. О причине кровоизлияния высказаться не представляется возможным</p>

Чрезвычайно важно подчеркнуть, что варианты оценки можно использовать лишь при условии всестороннего и полного исследования трупа с применением всего предложенного комплекса методов исследования.

При повторных экспертизах, выполняемых по материалам дела и вызванных неполноценностью первичного исследования, комиссия экспертов обычно лишена возможности непосредственно исследовать труп, головной мозг, сосуды его основания и т. д. В таких случаях круг изучаемых объектов, как правило, ограничивается микропрепаратами и медицинскими документами (история болезни, заключение эксперта и т. п.). Эксгумация, в особенности проведенная спустя продолжительное время после захоронения, способна уточнить и расширить информацию в основном о повреждениях скелета (позвоночника, лицевого черепа и др.). При таких исходных материалах представляется весьма сомнительной возможность любого категорического суждения о травматическом или нетравматическом происхождении базального субарахноидального кровоизлияния.

Главная сложность в изучении проблемы базальных субарахноидальных кровоизлияний заключается в том, что случаи таких кровоизлияний весьма редки вообще, а в практике от-

дельных экспертов подчас не встречаются годами. Поэтому серьезное научное изучение базальных субарахноидальных кровоизлияний, на наш взгляд, должно базироваться на обязательном минимуме следующих условий:

а) овладение современной комплексной методикой исследования базальных субарахноидальных кровоизлияний широким кругом экспертов;

б) проведение в конкретном случае всеми экспертами полного комплекса необходимых исследований по единой унифицированной схеме;

в) всесторонняя глубокая и объективная оценка результатов каждой отдельной экспертизы.

Только строгое соблюдение этих условий может обеспечить получение полноценного исходного материала для последующего научного анализа и обобщения. Такая работа одному эксперту не под силу. Оптимальным исполнителем мог бы стать коллектив экспертов крупного бюро судебно-медицинской экспертизы и сотрудников кафедры судебной медицины, занимающихся изучением судебно-медицинских аспектов травмы и патологии центральной нервной системы.

Таким образом, пути изучения базальных субарахноидальных кровоизлияний с научной точки зрения достаточно обоснованы; для осуществления исследовательских программ в настоящее время необходимы лишь организационные усилия: определение конкретного круга научных и практических коллективов-исполнителей, проведение мероприятий по обучению практических экспертов, подготовка научной базы для изучения и обобщения материалов практических экспертиз и т. д.

Врачебная ошибка

Врачевание относится к одной из самых сложных областей человеческой деятельности, требующей большого напряжения душевных и физических сил, основательных знаний и практических навыков. Несмотря на успехи современного естествознания, позволившие расшифровать многие биологические закономерности на молекулярном, клеточном, субклеточном, генетическом уровнях, вооружившие медицину новыми методами лечения, появление большого количества диагностических приборов, многие стороны функционирования организма в норме и в условиях патологии остаются непознанными. К

тому же причины многих заболеваний и сейчас еще неизвестны, а значит, не существует эффективной терапии (лечения).

Врачебная деятельность направлена на сохранение здоровья и жизни человека — высшей ценности современной цивилизации. Болезнь человека, а тем более ее неблагоприятный исход — это всегда трагедия для заболевшего, его родных и близких. Болезнь приносит и определенный социальный ущерб обществу. Поэтому особую важность приобретает вопрос о моральных качествах врача. Личность врача, его нравственный облик и профессиональная подготовка в конечном счете определяют успех и каждого медицинского вмешательства в отдельности, и всего здравоохранения в государственном масштабе. Ошибки в диагностике, обследовании или лечении могут усугубить течение заболевания, а иногда приводят к неоправданным последствиям. Особенно тяжелыми считаются ошибки, приводящие к трагическим последствиям, в тех случаях, когда диагноз был поставлен правильно, а современные методы лечения допускали возможность выздоровления или, по крайней мере, длительной ремиссии. Не следует преуменьшать значение диагностических ошибок и при заболеваниях, в настоящее время неизлечимых, поскольку прогресс может перевести некоторые неизлечимые сегодня заболевания в разряд курабельных. Примеров тому достаточно: анемия, сахарный диабет, сифилис и т. д. Важна также ранняя или, скажем, своевременная диагностика, позволяющая провести радикальное лечение, например при онкологических заболеваниях.

Один из виднейших клиницистов страны И. А. Кассирский писал: «Врачебные ошибки — это серьезная и всегда актуальная проблема врачевания. Надо признать, что, как бы не было хорошо поставлено медицинское дело, нельзя представить себе врача, уже имеющего за плечами большой научно-практический стаж, с прекрасной клинической школой, очень внимательного и серьезного, который в своей деятельности мог бы безошибочно определить заболевание и столь же безошибочно лечить его, делать идеальные операции»¹.

Ошибаются, конечно, и самые опытные и высококвалифицированные врачи. Однако нельзя считать абсолютно верным бытующее во врачебной среде суждение, что не каждый тера-

¹ Кассирский И. А. О врачевании. М, 1970. С. 228.

певт может обладать искусством М. П. Кончаловского, не каждый хирург — эрудицией и талантом С. М. Спасокукоцкого. Преклоняясь перед талантом выдающихся врачей, нужно подчеркнуть, что они сами себя никогда не относили к непогрешимым. Подтверждением тому являются примеры правдивого критического анализа своей работы такими выдающимися клиницистами, как Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, Ю. Ю. Джанелидзе, Н. Н. Бурденко и др.

Крупнейший советский хирург С. С. Юдин писал: «За 35 лет моей хирургической деятельности накопилось пять-шесть, а то и целый десяток таких трагических ошибок, которые я не могу забыть десятилетиями и которые глубоко потрясли мое сознание, чувства, совесть, что, вспоминая о них, я снова переживаю, как вчера, так и сегодня»¹. Приведенные сведения не умаляют заслуг крупных отечественных медиков и не дискредитируют этих великолепных специалистов, а лишь подтверждают тот факт, что ошибаются не только молодые, но и самые талантливые и опытные врачи, профессора и академики.

Блестящий клиницист С. П. Боткин писал: «Я считаю себя неплохим диагностом, но все же я был бы удовлетворен, если бы 30 % моих диагнозов были правильными»². С тех пор прошло много времени, неизмеримо выросли возможности медицины в плане диагностики лечения, сохранения и восстановления здоровья человека, уменьшилось число врачебных ошибок. Тем не менее и сегодня в силу объективных причин врачебные ошибки возможны. Мы против врачебных ошибок и за высокое врачебное мастерство, но будем помнить, что писал И. А. Кае-сирский: «Ошибки — неизбежные и печальные издержки врачебной деятельности, ошибки — это всегда плохо, и единственное оптимальное, что вытекает из трагедии врачебных ошибок, это то, что они по диалектике вещей учат и помогают тому, чтобы их не было... Они несут в существе своем науку о том, как не ошибаться, и виновен не тот врач, кто допускает ошибку, а тот, кто не свободен от трусости отстаивать ее»³.

Нужно не огульно осуждать врачебные ошибки, а спокойно разбираться в их причинах, ибо ошибка ошибке рознь. Меди-

¹ Юдин С. С. Размышления хирурга. М., 1968.

² Боткин С. П. Клинические лекции. М., 1950. Т. 2.

³ Кассирский И. А. Указ. соч.

цина — чрезвычайно сложная область деятельности, а человек во многих смыслах еще непознанный объект. Речь здесь не идет о преступлениях врачей, совершенных не столько в силу сложности ситуации, сколько в силу недобросовестного отношения к врачебному долгу, халатности, амбициозности, отказа от борьбы за жизнь человека. Такие ошибки должно осуждать, а таких врачей следует наказывать.

Врачебная ошибка — проблема гносеологическая. Нет никаких юридических или моральных оснований выделять врачебную ошибку из ряда других профессиональных ошибок. Ошибаться не имеет права ни один специалист.

Ошибки клинической диагностики нужно рассматривать как теоретико-познавательную проблему. Требуется провести сравнительный анализ ошибок клинической диагностики, разобрать этапы диагностики, проанализировать причины ошибочных умозаключений на каждом этапе и рассмотреть вопросы диалектики диагностического мышления и ответственности врача. Выделяют две группы причин диагностических ошибок — объективные и субъективные. Какие же существуют пути уменьшения количества врачебных ошибок? Это непременно глубокое овладение каждым врачом общей диалектической теорией познания; обязательное соединение теоретического мышления с лечебной, лабораторной и экспериментальной практикой; целеустремленное повышение специальной и общетерапевтической квалификации медицинскими кадрами; систематическое изучение врачами сущности правил и законов логики, пользование ими при проведении дифференциальной диагностики и формулировании окончательного клинического диагноза.

Выработать диалектически выраженное клиническое мышление можно только в процессе непосредственной работы с больными. Только по книгам научиться врачеванию невозможно. Истина всегда конкретна, а для того чтобы конкретно действовать, необходим личный опыт, который и приобретается в повседневной работе.

Усиленное внимание, уделяемое гносеологическим аспектам при разборе выявляемых диагностических ошибок, должно способствовать более глубокому анализу причин их возникновения, а это, в свою очередь, поможет разработать эффективные меры предупреждения.

Одной из причин возникновения врачебных ошибок является то обстоятельство, что все врачи обучены по книгам, где описана картина болезни при ее классическом течении, с развернутой клинической картиной, со всеми характерными признаками. На самом же деле в клинической практике классическое течение заболеваний встречается у очень небольшого числа людей. Вследствие индивидуальности организма каждого человека болезнь оказывается также индивидуальной в своих проявлениях. У одного и того же больного может возникать несколько взаимно отягчающих или даже конкурентных по своим последствиям заболеваний. Поэтому каждый больной — это новая задача для врача, своего рода исследовательская проблема.

Существует слишком большой разрыв между наиболее часто встречающимися в практике среднего врача нозологическими формами и кругом существующих болезней. К настоящему времени описано более десяти тысяч болезней. Вполне естественно, что ни один врач не в состоянии досконально знать не только все известные науке болезни, но даже и относящиеся к его узкой специальной области. Поэтому, для того чтобы не делать очень грубых ошибок в распознавании и лечении болезни, врачу необходим творческий ум, нужно постоянно работать над литературой, анализировать собственную практику и практику коллег.

В учебниках и руководствах излагаются основные принципы лечения заболеваний с перечислением многих этиотропных, патогенетических, симптоматических и иных лекарственных препаратов, физических и иных методов терапии. Современная фармакология насчитывает тысячи комбинированных и простых лекарственных форм, различных по эффективности, механизмам действия, совместимости, побочным действиям, что создает значительные трудности при их выборе, особенно для молодого и недостаточно опытного врача.

Чтобы избежать диагностических ошибок, врач должен, особенно при первичном знакомстве с больным, подробно изучить жалобы и анамнез, произвести тщательное систематическое исследование заболевшего и установить предварительный диагноз. Диагностические поиски продолжаются и в последующем, причем предпочтение должно отдаваться более безопасным, неинвазивным (консервативным, нехирургическим) ме-

годам исследования, если нет особой необходимости в других методах.

При ряде заболеваний (сердца и сосудов, почек, эндокринных, кроветворных органов и лимфатической системы, метастазировании опухолей и др.) без инвазивных (хирургических) методов диагностики и оперативных вмешательств не обойтись. Эти вмешательства относятся к категории повышенного риска, поскольку таят в себе угрозу тяжелых, иногда непоправимых осложнений, и должны проводиться только по строгим показаниям.

К ошибкам подобного рода примыкают и ошибки, возникающие при чрезмерной, слишком «смелой» деятельности врачей, получившей название *«хирургической агрессии»*. Риск применяемого инвазивного диагностического и лечебного метода оправдывается в том случае, если при этом могут быть получены весьма важные диагностические и лечебные результаты. Как говорил Кулен Кампф, выполнение операции — в большей или в меньшей степени вопрос техники, тогда как воздержание от операции — вопрос искусной работы утонченной мысли, строгой критики и тончайшего наблюдения. Еще определеннее высказался выдающийся онколог Н. Н. Петров, который считал, что каждый хирург, прежде чем решиться на операцию, «должен спросить самого себя, согласился бы он на производство подобных операций себе или своим близким в аналогичных обстоятельствах, и только при положительном решении этого вопроса — оперировать»¹.

Приводя эти достаточно яркие высказывания наших выдающихся врачей, мы обязаны акцентировать внимание на том, что они относятся к категории моральных, нравственно-этических оценок. Поэтому очень важно отметить и правовые, юридические аспекты рискованных действий врача. Юридическое понимание этой проблемы сводится к четкому разграничению понятий «правомерный риск» и «неправомерный риск». С правовой точки зрения риск считается правомерным и оправданным, если рискованные действия врача отвечают совокупности следующих обязательных положений:

предпринимаемый риск является объективной возможностью достижения поставленной полезной цели (исцелить больного, облегчить его страдания и т. п.);

¹ Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956.

достигнуть полезной цели другими, нерискованными средствами нельзя;

наступление вредных последствий является лишь возможным, а не неизбежным результатом рискованного действия;

имеется согласие пациента на эксперимент, связанный с риском, при условии полной информированности больного о конкретном риске и наличии возможности у него принять разумное решение.

Об этом должен помнить врач любой специальности, собираясь сделать то или иное вмешательство, сопряженное с риском, если существуют иные, более безопасные методы, пусть даже менее точные.

Еще один источник врачебных ошибок — избыток информации и неумение увязать ее с клиникой заболевания. Многие думают, что врачи, вооруженные электронной техникой, не могут и не должны ошибаться. Такую наивную веру в диагностическое могущество машин разделяют не только больные, но и некоторые медики. Как было бы легко и просто, если бы машины ставили безошибочные диагнозы и проводили лечение! В жизни, однако, никакие ультрасовременные машины не могут стопроцентно гарантировать врача от ошибок, в том числе и потому, что машинами управляют люди. К тому же многие врачи не знают разрешающих способностей отдельных методов исследования и устанавливают диагноз на основании отдельно взятых показателей. Кому не известны случаи, когда диагноз «холецистит» устанавливается только на основании повышенного количества лейкоцитов в желчи, «нефункционирующий желчный пузырь» — при отрицательных данных холецистографии, «тиреотоксикоз» — по показателям повышенного поглощения йода щитовидной железой и т. д.? Излишней безапелляционностью грешат нередко заключения специалистов в области функциональной диагностики, ультразвукового исследования, комплексной кардиографии, показателей внешнего дыхания и др. В этой связи следует всегда помнить, что окончательный диагноз устанавливается только на основании синтеза клинических, лабораторных и инструментальных исследований при очевидном примате клинических проявлений заболевания. Хочу заметить, что хождение больного от врача к врачу, каждый из которых не берет на себя смелость определить заболевание, может привести к ятрогенной травме (в данном случае —

психическая травма, обусловленная вредным влиянием неадекватного поведения врача).

Современная медицина — это сложный комплекс разнообразных знаний, имеющих многосторонние связи. В настоящее время ни одна область медицины не может функционировать вне взаимосвязи с другой. Любое терапевтическое отделение ежедневно нуждается в консультациях хирурга, невропатолога, гинеколога, уролога и т. д. Аналогично обстоит дело в хирургии, невропатологии, ларингологии и т. д. Это вносит определенную сложность в работу, приводит к столкновению характеров, квалификаций, мнений (сомнений), а также и к ошибкам, прежде всего в плане гипердиагностики и неоправданно расширенного лечения.

Еще одна из диагностических ошибок связана с переоценкой профессионального авторитета клиницистов, «гипнозом» ранее установленного диагноза. Каким бы авторитетным ни был врач-коллега, все же, если имеется несоответствие фактов или появились новые симптомы, лечащему врачу никогда не помешает здоровый скептицизм. Правило врача «ничто не считать аксиомой» может уберечь от целого ряда ошибок. Здесь уместно напомнить, что и юридическую и моральную ответственность за правильную диагностику и лечение в конечном счете несет лечащий врач.

Врачебные ошибки, иногда очень тяжелые, возникают не только в процессе диагностики, но и по ходу лечения. Любое заболевание является патологическим процессом, развивающимся во времени со сменой фаз и периодов, которые могут развиваться острее и неожиданнее, чем при типовом усредненном варианте. Иногда возникают состояния, требующие в короткие сроки различных диагностических и лечебных вмешательств. Следовательно, врач должен знать возможные осложнения, предположительные сроки их возникновения, иметь в наличии необходимые лекарства, своевременно и адекватно вмешиваться в процесс течения болезни и, главное, не успокаиваться до стойкой стабилизации состояния больного.

Имеющееся сейчас огромное количество многочисленных лекарственных средств, обладающих различными свойствами, которые могут как усиливать действие друг друга, так и нейтрализовать его, привело к тому, что хирургия становится более безопасной, а терапия — все более агрессивной. До сих пор у врачей нет каких-либо объективных быстрых и безошибочных

критериев, позволяющих сказать, имеется или нет у данного человека непереносимость к тому или иному лекарству (существующие пробы могут давать ложные положительные или отрицательные результаты). Поэтому врач, даже самый гениальный, не может заранее точно определить реакцию организма на вновь назначаемое лекарство, а следовательно, рискует получить непредвиденную, часто тяжелую реакцию. Степень алергизации организма увеличивается с возрастом, поэтому необходимы тщательно*; изучение анамнеза, проведение алергологических проб, осторожность в применении лекарственных средств, особенно тех, которые непосредственно вводятся в кровь (если не возникает настоятельной необходимости в таком варианте введения лекарств, лучше ограничиться их принятием внутрь через рот).

Известную опасность в плане лекарственных осложнений таит в себе также *полипрагмация*, т. е. стремление применить в лечении конкретного больного как можно большее количество препаратов разнонаправленного действия, даже если они и показаны при данном заболевании. При этом нередко забывают, что лекарства метаболизируются (видоизменяются) в организме, не всегда совместимы друг с другом, требуют индивидуальной дозировки, могут вызвать побочные поражения печени, почек, системы крови и т. д. Особые обстоятельства возникают при проведении интенсивной терапии, требующей введения больному большого количества сильнодействующих средств. В таких случаях прежде всего решается вопрос о необходимости данного вмешательства, а затем уже дается оценка адекватности и последовательности проводимых мероприятий.

Некоторые врачи проявляют в своей работе крайнюю осторожность, придерживаясь принципа «как бы чего не вышло», но чрезмерная осторожность врача может нанести не меньший вред, чем чрезмерная решительность, касается ли это лечебных или диагностических назначений. Во врачевании противопоказаны как чрезмерная решительность, так и сверхосторожность. И то и другое может причинить непоправимый вред человеку. С юридической точки зрения врач будет нести ответственность не только за противоправное действие, но и за бездействие, которое прямо или косвенно причинило вред здоровью человека.

Необходимо определить два понятия: «право» и «врачебная ошибка». *Право* — это совокупность общеобязательных правил поведения (норм), установленных или санкционированных

государством. Следовательно, у врача нет и не может быть права ошибаться в своей профессиональной деятельности. Ф. Ю. Бердичевский писал: «...врач не имеет права ошибаться потому, что его ошибка ведет к непоправимым последствиям для здоровья больного, тогда как ошибка инженера или рабочего лишь выливается в производственный брак». С этим утверждением нельзя согласиться, так как врачебная ошибка сродни ошибкам иных специалистов. Это один из видов профессиональных ошибок; неверно считать, что ошибки врачей отличаются особым трагизмом. Жизнь доказала, что ошибки инженеров, рабочих, строителей, архитекторов не менее трагичны. Примером тому служат печальные события, произошедшие на Чернобыльской АЭС, в Спитаке, Ленинкане и т. п.

От врачей требуют, чтобы они не ошибались, и очень даже категорично, но на практике врачи ошибаются. И, видимо, будут ошибаться впредь, потому что, даже став врачами, они не перестают быть людьми. Не признавать этого — значит не признавать объективной реальности, впадать в субъективный идеализм, так как не ошибающихся людей нет и быть не может.

Врач ошибается не только потому, что он обыкновенный человек, но и потому, что имеет дело с самым сложным объектом природы — человеком, ежедневно сталкивается с индивидуальными вариантами болезней, с задачами, не имеющими типового решения.

Врачебная ошибка — один из сложных, драматических, а иногда и трагических моментов врачебной деятельности. Взаимоотношения врача и больного регулируются не только правовыми нормами, но и морально-этическими. Причем если юридические нормы возведены в закон и требуют от каждого человека неукоснительного соблюдения, а за их неисполнение или ненадлежащее исполнение предусматривается юридическая ответственность (дисциплинарная, гражданско-правовая, материальная, уголовная), то морально-этические нормы законом не закреплены, за их нарушение юридическая ответственность не наступает. Однако многие вопросы, связанные с врачебной деятельностью, взаимоотношениями с больными, находятся на грани морально-этических и правовых норм и представляют одинаковый интерес как для медиков, так и для юристов. Правильная классификация врачебных действий определяет дальнейшую судьбу врача.

Врачебная ошибка — «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве самой врачебной науки и ее методов, или в результате атипичного течения заболевания, или недостаточной подготовки врача, если при этом не обнаруживается элементов халатности, невнимательности или медицинского невежества»¹. Это определение настолько общепринято, что с некоторыми непринципиальными коррективами вошло в медицинские энциклопедии, большинство монографий и учебников. Между тем определение понятия «судебная ошибка» требует уточнений, прежде всего трех основных положений: 1) заблуждение; 2) добросовестность; 3) халатность, невнимательность или медицинское невежество.

Основная неточность допускается при трактовке врачебной ошибки как заблуждения. Любое добросовестное или недобросовестное заблуждение само по себе не причинит вреда здоровью человека до тех пор, пока оно не приведет к ошибочным действиям врача, которые и повлекут неблагоприятные последствия. Заблуждение лишь предопределяет возможность ошибочных действий, но само по себе ошибочным действием не является. Поэтому врачебная ошибка должна рассматриваться не как заблуждение, а как неоправданное (неправильное, ошибочное) действие врача или бездействие, например в случаях, когда необходимо осуществить срочные, скорые неотложные медицинские мероприятия.

Что следует понимать под добросовестностью врача? Критерии добросовестности врача при отправлении им профессиональных обязанностей в специальной литературе не приводятся. Можно предложить три основных критерия: а) добросовестность при совершенствовании теоретической подготовки, предусматривающая систематическое изучение фундаментальной литературы и иных материалов с целью пополнения и углубления профессиональных знаний; б) добросовестность при совершенствовании практической подготовки, предполагающая овладение навыками, приемами, способами и методами диагностики, лечения и профилактики заболеваний; в) безусловное, точное выполнение профессиональных обязанностей, основывающееся на их исполнении в строгом соответствии с существующим законодательством. На что направлены эти

¹ Давыдовский И. В. Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3.

нормы? Это — кардинальный вопрос! Их направленность — конституционные гарантии эффективной медицинской помощи. Если необходимость реализации конституционных гарантий стала убеждением врача, то он использует потенциал морально-этических норм для проведения в жизнь права граждан на медицинскую помощь.

Определяя критерии добросовестности, следует подчеркнуть их относительность. Дело в том, что степень овладения и совершенствования теоретическими знаниями и практическими навыками во многом зависит от возможностей, которые предоставляют врачу конкретные условия: обеспеченность литературой, оснащенность приборами, спектр возможных клинико-лабораторных исследований, преимущественный профиль пациентов, состояние лечебно-диагностической базы медицинского учреждения и т. п. В то же время необходимо отметить и конкретность причин недобросовестности: одни — субъективны и зависят от самого врача, другие — существуют самостоятельно; о возможности совершения одних врач заранее осведомлен, других — нет и т. д.

Способна ли медицина всегда дать всестороннюю оценку каждой причине и их совокупности? Нет! Здесь часто требуется юридическая интерпретация. Поэтому в определение понятия «врачебная ошибка» оказались включенными такие юридические понятия, как «небрежность», «халатность» и др. Именно это и лишает понятие «врачебная ошибка» медицинской самостоятельности и делает его прерогативой юриспруденции.

*Итак, **врачебную ошибку можно определить как неправильное (ошибочное) действие или бездействие врача при выполнении профессиональных обязанностей по диагностике болезни, организации и проведению лечебно-профилактических мероприятий.***

Тяжесть, серьезность ошибки во многом зависит от исхода. Исход может не отразиться на состоянии здоровья человека, но может реализоваться в тяжких последствиях, вплоть до смерти пациента. В зависимости от степени ущерба, причиненного здоровью, ошибка врача может быть расценена или как проступок, или как преступление. Бытующее мнение о том, что за врачебную ошибку уголовная ответственность не наступает, — неверно, так как все зависит от последствий и условий, в которых действовал врач.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Авдеев М. И.* Краткое руководство по судебной медицине. М, 1966.
- Авдеев М. И.* Курс судебной медицины. М., 1953.
- Авдеев М. И.* О субарахноидальных кровоизлияниях и их судебно-медицинском значении // Вопросы судебно-медицинской экспертизы. М, 1958. Вып. 3.
- Авдеев М. И.* Судебная медицина: Учебник. М., 1949.
- Авдеев М. И.* Судебная медицина: Учебник. М., 1951.
- Авдеев М. И.* Судебно-медицинская экспертиза живых лиц. М., 1968.
- Авдеев М. И.* Судебно-медицинская экспертиза трупа. М., 1976.
- Акопов В. И.* Судебная медицина в вопросах и ответах.. Ростов н/Д, 1998.
- Баланчук В. М.* Внутрочерепные субарахноидальные кровоизлияния при огнестрельных ранениях позвоночника // Военно-медицинский журнал. 1973. № 11.
- Балябин А. А.* Методика патологоанатомического вскрытия и его документация. Л., 1968.
- Бартов Е. Х.* К 160-летию со дня издания первого отечественного учебника по судебной медицине // Судебно-медицинская экспертиза. 1992. № 4.
- Барите Е. Х.* Приоритет Иоганна Эразмуса // Огонь на поражение. М., 1998.
- Баинов Е. Х.* Франсис к Керестури и его речь о медицинской полиции // Петровка, 38. 1997. № 30.
- Бедрин Л. М., Загрядская А. П., Кедров В. С.* К статье К. А. Солохина и др. «Патологоанатомический диагноз...» // Судебно-медицинская экспертиза. 1987. № 3.
- Бердичевский Ф. Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей. М., 1970. •
- Боголепов Н. К.* Сосудистые заболевания нервной системы // Многоотомное руководство по неврологии. М., 1963. Т. IV.
- Бокариус В. Н. Н. И. Пирогов и судебная медицина: Дис. ... канд. мед. наук. Л., 1955.*
- Бокариус Н. С.* Судебная медицина в изложении для юристов. Харьков, 1915.

- Бокариус Н. С.* Судебная медицина. Харьков, 1930.
- Боткин С. П.* Клинические лекции. М., 1950. Т. 2.
- Будрин Ю. П.* О судебно-медицинской оценке базальных субарахноидальных кровоизлияний в связи с черепно-мозговой травмой во время бытового конфликта // Судебно-медицинская экспертиза. 1965. Т. 8. № 2.
- Буяльский И. В., Громов С. А., Нелюбин А. П.* Наставление врачам при судебном осмотре и вскрытии мертвых тел. Спб., 1829.
- Варшавский В.* Краткий курс судебной медицины. Харьков, 1899.
- Вермель И. Г.* Вопросы логики в судебно-медицинских заключениях. М., 1974.
- Вермель И. Г.* О диагнозе в заключении судебно-медицинского эксперта // Судебно-медицинская экспертиза. 1988. № 4.
- Виноградов И. В.* Повреждение (травма) // Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. В. Томилина. М., 1978.
- Гаевский С. Ф.* Полицейская и судебная химия: Учебник. Спб., 1818.
- Гофман Э. Р.* Руководство по судебной медицине: В 2 т. М., 1933.
- Гофман Э. Р.* Учебник судебной медицины. Спб., 1881.
- Григорьев Л.* Краткий курс судебной медицины. Киев, 1913.
- Громов А. П.* Курс лекций по судебной медицине. М., 1917.
- Громов А. П., Науменко В. Г.* Судебно-медицинская травматология. М., 1977.
- Громов А. П., Пырлина Н. П., Антупьев И. И. и др.* Моделирование повреждений позвоночника в эксперименте // Судебно-медицинская экспертиза. 1970. № 4.
- Громов А. П., Пырлина Н. П., Салтыкова О. Д., Живодеров Н. Н.* Ангиографическое исследование позвоночных артерий при экспериментальных повреждениях шейного и верхнегрудного отделов позвоночника // Вопросы судебной медицины и криминалистики. Горький, 1975. Вып. 5.
- Громов С. А.* Судебная медицина. Спб., 1832.
- Давыдовский И. В.* Врачебные ошибки // Советская медицина. 1941. № 3.
- Делицин С. Н.* К вопросу о смещении органов шеи при некоторых движениях головы: Дис.... д-ра мед. наук. Спб., 1889.

Денжковский А. Р. Предмет и содержание судебной медицины // Судебная медицина / Под ред. А. А. Матышева. СПб., 1998.

Денжковский А. Р. Развитие судебной медицины // Судебная медицина. Л., 1985.

Деполович П. П. Краткий учебник судебной медицины. Киев, 1907.

Дмитриев А. Е., Малахов О. А. Диагностика шейного травматического синдрома, возникающего при «хлыстовых» ударах // Моделирование повреждений головы, грудной клетки и позвоночника. М., 1972.

Европин А. К. Краткий исторический очерк кафедры судебной медицины с токсикологией при Императорской военно-медицинской (бывшей медико-хирургической) академии. СПб., 1898.

Запорожцев В. С. Случай смерти от массивного кровоизлияния под паутинную оболочку головного мозга и в мозговые желудочки вследствие разрыва аневризмы мозгового сосуда // Материалы 5-й расширенной научной конференции судебных медиков. Рига, 1970.

Зброжек И. Краткий исторический очерк судебной медицины. Одесса, 1867.

Золотовская В. А. Аневризмы артерий головного мозга и их судебно-медицинское значение // Тезисы докладов юбилейной научной сессии I Московского медицинского института. М., 1955.

Игнатовский А. С. Судебная медицина: Курс лекций. Юрьев, 1910. Вып. 1.

Карлов С. В., Карлова С. В. Травма или аневризма // Вопросы травматологии, токсикологии... М., 1966.

Каспер И. Л. Практическое руководство к судебной медицине. СПб., 1872.

Кассирский И. А. О врачевании. М., 1970.

Касьянов М. И. Осложнения при различных хирургических процедурах и их судебно-медицинское значение. М., 1963.

Кингур Н. А. Ушибы мозга. М., 1970.

Корифельд Г. Руководство к судебной медицине. СПб., 1883.

Косоротое Д. П. Учебник судебной медицины. СПб., 1911.

Кузнецова Т. Г., Замиратов В. С., Левкое В. А. Базальные субарахноидальные кровоизлияния при переломах поперечных

отростков первого шейного позвонка // Тезисы докладов Всесоюзного съезда судебных медиков. Киев, 1976.

Кузьменко Е. Д., Коваль Г. С. К вопросу о механизме повреждения костей основания черепа при ударе в нижнюю челюсть // Вопросы судебной медицины и экспертной практики. Чита, 1973. Вып. 5.

Кустанович С. Д. Механические повреждения // Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. В. Томилина. М., 1978.

Легонин В. А. Судебная медицина: Лекции. Спб., 1896.

Лейбович Я. Л. Практическое руководство по судебной медицине. Ростов н/Д, 1923. 2-е изд.

Лейбович Я. Л. Практическое руководство по судебной медицине: Курс лекций. М., 1922.

Леонов И. Ф. О развитии судебной медицины отечественной и отношении ее к русскому законодательству: Записка и речь, читанные в торжественном собрании Императорского университета св. Владимира. Киев, 1845.

Лурье З. Л. Расстройство мозгового кровообращения. М., 1955.

Матышев А. А. О построении и формулировании судебно-медицинского диагноза // Судебно-медицинская экспертиза. 1986. № 3.

Шишков П. А. О волосах в судебно медицинском отношении: Дис... д-ра мед. наук. М., 1894.

Молодцова А. А. Необычный случай субарахноидального кровоизлияния // Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия. Ставрополь, 1971. Вып. 6.

Молчанов В. И. Предмет и содержание судебной медицины // Судебная медицина / Под ред. А. Р. Деньковского. Л., 1976.

Мухаметов Р. Ю., Ханов В. Г. К вопросу судебно-медицинской оценки травмы головы на фоне предшествующей патологии // Вопросы судебной медицины и экспертной практики. Чита, 1973. Вып. 5.

Муханов А. И. Судебно-медицинская диагностика поврежденных тупыми предметами. Тернополь, 1977.

Надеждин В. А. Пособие по судебной медицине. М., 1935.

Надеждин В. А. Судебная медицина в вопросах и ответах. Л., 1927.

Науменко В. Г., Грехов В. В. Церебральные кровоизлияния при травме. М., 1975.

Науменко В. Г., Грехов В. В. Экспертная оценка базального субарахноидального кровоизлияния при травме в конфликтной ситуации // Актуальные вопросы судебной медицины. Рига, 1977.

Науменко В. Г., Панов И. Е. Базальные субарахноидальные кровоизлияния. М., 1980.

Нелюбин А. П. Правила для руководства судебного врача при исследовании ядом отравленных с присовокуплением синоптических судебно-медицинских таблиц о ядах. Спб., 1824.

Нижебородцев К. А. Основы судебно-медицинской экспертизы. Томск, 1928.

Никулин В. Записки по судебной медицине и медицинской полиции. М., 1883.

Новомбергский Н. Я. Е5рачебная экспертиза в Московской Руси // Военно-медицинский журнал. Спб., 1906. Т. 215.

Оболонский Н. А. Пособник при судебно-медицинском исследовании трупа и при исследовании вещественных доказательств. Спб., 1894.

Основы судебной медицины / Под ред. Н. В. Попова. М., 1938.

Панов И. Е. Характеристика случаев смерти базальных субарахноидальных кровоизлияний // Материалы 5-й республиканской научной конференции судебных медиков. Рига, 1970.

Пеликан Е. В. Судебная медицина: Лекции. Спб., 1853.

Петров Н. Н. Вопросы хирургической деонтологии. Л., 1956.

Попов В. Л. Сохранение целостности аневризмы внутренней сонной артерии при тяжелой черепно-мозговой травме // Материалы 2-й расширенной научной конференции судебно-медицинских экспертов Азербайджанской ССР. Баку, 1970.

Попов В. Л. Судебная медицина. Спб., 2000.

Попов В. Л. Судебная медицина: Учебник. Л., 1985.

Попов В. Л. Судебная медицина: Учебник. Л., 1993.

Попов В. Л. Черпно-мозговая травма. Л., 1980.

Попов В. Л., Дыскин Б. А. И. В. Буяльский и судебная медицина // Судебно-медицинская экспертиза. 1991. № 1.

Поркшеян О. Х. Судебная медицина. М., 1974.

Прозоровский В. И. О субарахноидальных кровоизлияниях // Судебно-медицинская экспертиза. 1965. Т. 8. № 2.

Прозоровский В. И., Лееченков Б. Д. Еще к вопросу о внутричерепных кровоизлияниях // Судебно-медицинская экспертиза. 1964. Т. 7. № 2.

Пырлина И. П. К вопросу о повреждениях шейной части позвоночника при дозированных ударах головы // Судебно-медицинская экспертиза и криминалистика на службе следствия, Ставрополь, 1967. Вып. 5.

Пясецкий П. Я. Как живут и лечатся китайцы. М., 1882.

Райский М. И. Судебная медицина для студентов и врачей. М., 1953.

Романовский В. А. Судебно-медицинская экспертиза в дореволюционной России и в СССР. М., 1927.

Рубежанский А. Ф. Судебно-медицинская экспертиза. Киев, 1978.

Савельев М. С. Краткий курс судебной медицины. Пг., 1914.

Самищенко С. С. Судебная медицина: Учебник. М., 1996.

Сапожников Ю. С., Гамбург А. М. Судебная медицина. Киев, 1980.

Сергеев А. С. Непосредственные причины смерти при травматической болезни: Дис.... канд. мед. наук. Л., 1980.

Смольянинов В. М., Татиев К. И., Черваков В. Ф. Судебная медицина. М., 1963.

Солохин А. А. Предмет, методы и содержание судебной медицины // Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. В. Томина. М., 1996.

Солохин А. А., Свешников В. А., Дедюева Е. Ю., Сахно А. В. Патологоанатомический диагноз в заключении (акте) судебно-медицинской экспертизы // Судебно-медицинская экспертиза. 1986. № 2.

Спасокукоцкий С. М. Хирургия заболеваний легких и плевры. М., 1938.

Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. М. Смольянинова. М., 1975.

Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. М. Смольянинова. М., 1982.

Судебная медицина: Учебник / Под ред. В. Н. Крюкова. М., 1998.

Судебная медицина: Учебник / Под ред. И. Ф. Огаркова. Л., 1964.

Устав судебной медицины // Полное собрание законов Российской Империи. Спб., 1857. Т. 13.

Хазанов А. Т., Чалисов И. А. Руководство по секционному курсу. Л., 1976.

Царегородцев Г. И. Медицина и идеология. М., 1985.

Чацким И. Несколько замечаний об истории судебной медицины в России // Шауэнштейн А. Руководство к изучению судебной медицины для врачей и юристов. Спб., 1865.

Чистович Я. А. История медицинских школ в России. Спб., 1983.

Чистович Я. А. Очерки из истории русских медицинских учреждений XVIII столетия. Спб., 1870.

Чистякова В. Ф. Челюстно-лицевые повреждения, сочетающиеся с закрытой черепно-мозговой травмой (особенности клиники, диагностики, лечения): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Киев, 1971.

Шершавкин С. В. История отечественной судебно-медицинской службы. М., 1968.

Шибкое А. И. Лекции по судебной медицине. Ростов н/Д, 1924.

Шмидт В. К. О судебно-медицинском значении субарахноидальных кровоизлияний // Актуальные вопросы судебной медицины и криминалистики. Л., 1966.

Шмидт Е. В. Патология сонных артерий // Сосудистые заболевания нервной системы. М., 1975.

Штольц В. Руководство к изучению судебной медицины для юристов. Спб., 1885.

Штрассманн Ф. Учебник судебной медицины. Спб., 1901

Эмнерт К. Учебник судебной медицины. Спб., 1912.

Юдин С. С. Размышления хирурга. М., 1968.

Кернер Ю. Шдручник о практичних вправ судової" медицини. ХарГв-КиГв, 1931.

Alberti M. Sistemajurisprudientiae medicae, Halle, 1725.

Ask-Upmark E. Warum sind die Aneurysmen der Arteria communicans anterior so defährlich // Neurochir., 1960. 6.

Avdejev M. I. Über subarachnoideale Blutungen und ihre derichtlichmedizinische Bedeutung // Akta medicinae legalis at. socialis. 1962. T. 15. № 3.

Avdejev M. I. Zum Problem des kausalen Zusammenhanges in der derichts-medizinischen Begutachtung (am Beishiel der basalen subarachnoidealeblutungen) // Z. Rechtmedizin. 1974. Bd. 75.

Barzellotti G. Medicina legale. Pisa, 1818.

- Bogaert L.* Encephalite lethargique type A // Hdb. Spez. Pathol. Anat. und Histol. Bd. XIII. Berlin, 1958.
- Bohn J.* De officio medici duplici, clinico et forensi. Linsiae, 1704.
- Bohn J.* Specimen medicine forensis. Leipzig, 1690.
- Boltz W.* Über isolierte traumatische Abrisse von Hirnschlagadern // Beitr. gerichtl. Med. 1965. XXIII.
- Brass K.* Über indirekte traumatische Rupturen des Hirnbasisarterien // Frankfurt. Z. Pafh. 1957. 68.
- BriandJ. et Chaudé.* Medicine legalis. Paris, 1858.
- BriandJ.* Manuel complet de médecine legale. Bruxelles, 1837.
- Buchner.* Gerichtliche Medizin. Mttachen, 1872.
- Buttner E. G.* Aufrichtiger Unterricht von der Toedflichkeit der Wunden. Königsberg, 1771.
- Cameron J., Mant A.* Fatal subarachnoid hemorrhage associated with cervical trauma // Med. Sci. Law. 1972. 12.
- Constosfavlos G.* Massive subarachnoid hemorrhage due to laceration of the vertebral artery associated with fracture of the transversae process of the atlas // J. Forensic Sci. 1971. 16.
- De la Caffinière J.-Y., Seringe R., Roy-Camille R., Saillant G.* Etudeeee physio-pathologique les lésions ligamentaires graves dans les traumatismes de la charniere occipito-rachidienne // Rev. Chir. orthop. 1972. 1.
- DevergieA.* Medicine legale. Paris, 1836.
- Di Maio D.J., Di Maio V.J. M.* Forensic Pathology. Boca Raton; Ann Arbor; London; Tokyo, 1993.
- Dietz G.* Gerichtliche Medizin. Leipzig, 1965.
- Durwald W.* Gerichtliche Medizin. Leipzig, 1981.
- EsselierA.* Über indirekt-traumatischen Hirngefasslasionen // Z. Unfallmed. u. Berufskrhk. 1946. 1.
- FidelisF.* De relationibus Medicorum. Palerm, 1605.
- Fodere F. E.* Traite de médecine legale et d'hygiène publique. Paris, 1813.
- Fraenkel P.* Gedeckte traumatische Zerreiſung der gesunden a. basilaris // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1927. 10.
- Friedreich J. R.* Compendium der gerichtlichen Anthropologic Regensburg, 1848.
- Fritz E.* Abreissung einer a. vertebralis von der Basilaris ohne Schadelverletzung // Beitr. gerichtl. Med. 1935. 13.
- Genke A.* Lehrbuch der Gerichtlichen M'edizin. Berlin, 1821.

Glaister J. Medical Jurisprudence and Toxicology. Edinburg, 1947.

Gmelin J. F. Allgemeinen Geschichte der Gifte. Leipzig, 1776.

Groh H. Das Schleudertrauma der Halswirbelsäule // Zbl. des. Rechtsmedizin u. Grenzgebiete. 1971. 2.

Hamby W. Intracranial aneurysm. Springfield, 1952.

Hansen G. Gerichtliche Medizin. Leipzig, 1954.

Harada K. Zur morphologischen Differenzierung hamorrhagischer Enzephaliten // Dtsch. Z. Nervenheilk. 1966. 188.

Harbitz F. Können Aneurysmen der Schädelgrundfläche (eventuell mit tödlicher Verblutung) durch Trauma entstehen // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1932. 19.

Hauschild F. Gorisch V. Einführung in die Pharmakologie und Arzneiverordnungslehre. Leipzig; Thieme, 1964.

Hebenstreit J. E. Anthropologia forensis sistens medici circa rempublicam causasque dicendas officium. Lips, 1755.

Heidrich R. Die Subarachnoideale Blutung. Leipzig, 1970.

Henke A. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Berlin, 1859.

Jouye T., Sinoda K. Über eine Anomalie des kleinen Keilbeinfiügels und ihre Bedeutung für gerichtliche Medizin beim Trauma // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1940. 4.

Kahlau G. Über die traumatische Entstehung von Aneurysmen der Hirnbasisarterien // Frankf. Z. Path. 1938. 31.

Kepp D. Forensic Medicine. London, 1946.

Klose W. F. System der gerichtlichen Physik. Breslau, 1814.

Knight D. Simpson's Forensic Medicine. London; Sydney, 1997.

Krausland W. Über Hirnschaden durch stumpfe Gewalt // Dtsch. Z. Nervenheilk. 1950. 163.

Krausland W. Zur Entstehung traumatischer Aneurysmen der Schlagadern am Hirngrund // Schweiz. Z. Path. 1949. 12.

Krogman W., Iscan M. Y. The Skeleton in Forensic Medicine. London, 1996.

Lempert H., Müller W. Bei welchem Druck kommt es zu einer Ruptur der Gehirngefäße // Frankf. Z. Path. 1926.

Lundvall J. Traumatische letale Hirnhautblutungen bei betrunkenen Personen // Nord. kriminaltekn. 1959. 29.

Mahon A. O. Medicine legale et police medicale. Paris, 1811.

Mason J. K. (ed.) Paediatric Forensic Medicine. London, 1989.

Metz H. Physikalisch-morphologische Untersuchungen über

Perstigkeit und Dahrbarkeit der basalen Himgefasse // Virchows. Arch. path. Anat. 1949. 317.

Mueller B. Gerichtliche Medizin. Berlin; Heidelberg; New York, 1975.

Miiller B. Die toxikologisch-chemisch Analyse. Dresden, 1976.

Nagi L., Hcferland W. Extensionsfractur der Schadelbasis bei sturzhelmgeschutztstem Kopf// Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1969.1.

Orfila. Lecons de medicine legale. Paris, 1828.

Patscheider H. Zur Entstehung von Rindbruchen des Schadelgrunges // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1961.

PlenkJ.J. Elmenta Medicinae et Chirirgie forensis. Wien, 1781.

Poison J. K., Gee D., Knight B. Essentials of Forensic Medicine. London, 1985.

PonsoldA. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart, 1967.

Pool J., Poots D. Aneurysma and arteriovenosus anomalies of the braun. New York, 1965.

Potondi A., Domotor E., Gabor I., Orovcz B. Sturzverletzungen Betrunkenen und ihre forensische Bedeutung // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1965. 3.

Prokop O., Radam G. Atlas der gerichtliche Medizin. Berlin, 1987.

Reimann W. Zur Mechanik der Schadelbasisringbruche // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1961. 4.

Reimann W., Prokop O., Geserik G. Vademecum gerchtsmedizin. Berlin, 1985.

RickerJ. Die Entstehung der pathologisch-anatomischen Befunde nach Hirnerschutterung in Abhaengigkeit vom Gefassnervensystem des Hirnes // Virchows Arch. 1991. 226.

Roy-Camille R., De la Caffimiere J.-Y., Sarllaut G. L'entoree grave de la charniere occipito-rachidienne existetelle // Rev. Chir. orthop. 1972.1.

Saafhoff. Beitrag zur Pathologie der Arteria basilaris // Dtsch. Arch. klin. Med. 1905. 84.

Schurmayer J. H. Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Erlangen, 1861.

Schauenstein A. Lehrbuch der gerichtlochen Medizin. Wien, 1862.

Schmidtman A. Handbuch der gerichtlichen Medizin. T. I—III. Berlin, 1905.

Schrader G. Zur Pathologie des plotzlichen natiirlichen Todes // Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 1932. 18.

Schweickard X. Medizinisch-gerichtliche Begutachtungen. Strassburg, 1788.

Seller K., Unterharnscheidt F. Mechanik und Pathomorphologie der Hirnschaden nach stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schadel. Berlin, 1963.

Serkl M., Jaws O. Klinische Bilder der Beschädigung des ZNS bei Boxern unter Berücksichtigung der häufigsten Verletzungsmechanismen // Sportmedizin. 1957. 8.

Simonsen J. Massive subarachnoid hemorrhage end fracture of the transverse process of the atlas // Med. Sci. Law. 1976. 16.

Simpson C. K. Forensic Medicine. London, 1952.

Sommerville A. Subarachnoid haemorrhage due to trauma without visible external injury // Med. Sci. Law. 1961. X.

Spade P., Resic A. Ein Beitrag zur Kenntnis des Entstehungsmechanismus der Schadelbasisringbrüche // Z. Rechtsmedizin. 1970.5.

Stumpf G. Gerichtliche geburtshilfe. Wiesbaden. 1907.

Tardieu A. Etude medico-legale sur l'infanticide. Paris, 1868.

Taylor-Stivenson. Medical jurisprudence. London, 1891.

Teichmeyer J. Institutio medicina legalis. Jenae, 1722.

Thomstedt H., Voigt E. Todliche basale Subarachnoidealeblutungen nach Trauma // Dtsch. Z. des. gerichtl. Med. 1960. 50.

Troppaneger C. G. Decisiones medico-forenses. Dresden; Neustadt, 1755.

Unterharnscheidt F. Die traumatischen Hirnschadesmechanogenese. Pathomorphologie und Klinik // Z. Rechtsmedizin. 1972. 71.

Unterharnscheidt F., Higgins L. Pathomorphology of experimental head injury due to rotational acceleration // Acta neuropath. 1969. 12.

Valentin M. B. Corpus juris medico-legalis constans e pandectis, novellis et authenticis iatrico-forensibus. Frankfurt a. Mein, 1722.

Voigt G. Fatal basal subarachnoid Hemorrhage following an occupational accident // Monatsser. Unfallheik. 1961. 64.

Walton D. Subarachnoid hemorrhage. Edinburg, 1956.

Wasl H. Zur Kenntnis der isolierten traumatischen Läsion der basalen Hirnarterien // Zbl. all. Path. u. path. Anat. 1960. 3/4.

Whittaker D., MacDonald D. A Color Atlas of Forensic Dentistry. London, 1989.

Wolff K. Traumatische Zerreissung der gesunden a. vertebralis an der Hirnbasis // Dtsch. Z. des. gerichtl. Med. 1928. 6.

Zacchea P. Questionum medicolegalis. Romal, 1621.

Zittmann J. F. Medicina forensis. Frankfurt a. Mein, 1706.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОНЯТИЕ «СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА»	3
СОДЕРЖАНИЕ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	11
СИСТЕМА ПРЕДМЕТА СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	23
ПОЗНАНИЕ В СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЕ (система методов познания)	44
ИСТОРИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	60
ИЗБРАННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	86
Понятие «повреждение» в судебной медицине	—
Диагноз и диагностический процесс	93
Судебно-медицинская оценка роли травмы и патологии в происхождении внутричерепных субарахноидальных кровоизлияний	124
Врачебная ошибка	149
Библиографический список	161

*Вячеслав Леонидович ПОПОВ,
доктор медицинских наук, профессор*

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

ИД № 01501 от 10 апреля 2000 г.

Редактор *О. Е. Тимошук*
Компьютерная правка и верстка
Н. В. Валерьяновой
Корректоры *Н. В. Валерьянова,*
Ю. А. Веселова

Подписано к печати 9.08.2000 г. Печ. л. 10,75. Уч.-изд. л. 11,0.
Тираж 500 экз. " Заказ 1439.

Редакционно-издательский отдел
Санкт-Петербургского юридического института
Генеральной прокуратуры РФ

191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., 44

Отпечатано с оригинал-макета в печатно-множительной лаборатории
Санкт-Петербургского юридического института
Генеральной прокуратуры РФ